

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932 — N° 116

ÉTUDE CRITIQUE DES SIGNES
DE
L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE
TUBERCULEUSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 Février 1932

PAR

André-Aimé DUDIT

Né aux SABLES-D'OLONNE (Vendée), le 29 Juillet 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUPÉRIÉ, professeur	<i>Président.</i>
		LEURET, professeur	} <i>Juges.</i>
		CREYX, agrégé	
		AUBERTIN, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie Victor CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1932

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

1931 - 1932 — N° 116

ÉTUDE CRITIQUE DES SIGNES
DE
L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO - BRONCHIQUE
TUBERCULEUSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 Février 1932

PAR

André-Aimé DUDIT

Né aux SABLES-D'OLONNE (Vendée), le 29 Juillet 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUPÉRIÉ, professeur	<i>Président.</i>
		LEURET, professeur	} <i>Juges.</i>
		CREYX, agrégé	
		AUBERTIN, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie Victor CABBETTE

91, Cours de la Marne, 91

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

M. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique médicale des maladies des enfants...	CRUCHET.
Anatomie pathologique et microscopie clinique..	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale...	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie...	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales...	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	RECHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale...	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale), MURATET (Anatomie pathologique),
GOLSE (Pharmacie), LACOSTE (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
	DUFOUR.		JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE		CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.		LOUBAT.
	CREYX.	Obstétrique.....	PÉRY.
	AUBERTIN.		RIVIÈRE.
Médecine générale.....	DAMADE.	Ophthalmologie.....	BEAUVIEUX.
	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
	DELMAS-MARSALET	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie..	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLEMENTAIRES

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	N.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et Parasitologie.....	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes			N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.
» Clinique dentaire.....			DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR L'ABBÉ JOSEPH MARTIN

DOCTEUR EN THÉOLOGIE

DIRECTEUR DE L'ASSOCIATION CATHOLIQUE DES ÉTUDIANTS
DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

A MES MAÎTRES

DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE ET SECONDAIRE

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROQUES

ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DE L'HÔPITAL DES ENFANTS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR DUPÉRIÉ

PROFESSEUR DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HÔPITAUX
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

PLAN

INTRODUCTION.

CHAPITRE I. — Signes et formes cliniques de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.

CHAPITRE II. — Observations personnelles.

CHAPITRE III. — Critique des signes stéthacoustiques trouvés.

CHAPITRE IV. — Que donne la radiographie ?

CHAPITRE V. — Interprétation des signes radiologiques trouvés.

CONCLUSIONS.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉTUDE CRITIQUE DES SIGNES DE L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE TUBERCULEUSE

INTRODUCTION

L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse est une affection qui, dans les hôpitaux d'enfants, fait l'objet de bien des controverses. Consultons à ce sujet un livre classique : nous pourrons constater avec quel luxe de détails sont décrits tous les signes cliniques caractérisant cet état morbide. Alors, d'où vient que les pédiâtres, devenus méfiants vis-à-vis de cette riche symptomatologie, hésitent à porter le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique ?

C'est principalement l'exploration radiologique du poumon qui a remis en question toute l'étude de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. La confusion régnant au sujet de la séméiologie de la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques dura tant que l'on s'en tint à l'interprétation radioscopique. On pensait bien faire alors puisqu'elle donnait de bons résultats pour tous les organes doués de mouvement comme le cœur et les poumons. On demanda donc à la radioscopie de montrer des ganglions malades. Un médecin amenait-il un enfant avec le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique, on faisait une radioscopie : on observait alors (naturellement) des tâches hilaires à droite et à gauche, et le radiologiste, qui ne pouvait déceler autre chose, de corroborer les

dire du clinicien. Certains, interprétant ces taches comme des adénopathies en voie de développement, se heurtèrent aux cliniciens objectant qu'il pouvait fort bien s'agir là de condensations parenchymateuses. En outre, on s'aperçut bientôt, que tous les enfants présentaient des taches hilaires; la radioscopie n'apportait aucun test en faveur de la tuberculose ganglionnaire. Ce test, tant recherché, on le demanda à la radiographie. Celle-ci, en effet (ainsi que nous l'exposerons plus loin) montre, correspondant parfois à certains signes appartenant à la symptomatologie classique de l'adénopathie trachéo-bronchique, des lésions très disparates. Dès lors, et étant donné les multiples lésions observées sur le film, à quelle altération particulière correspondaient tels ou tels symptômes ? La charpente, si laborieusement montée, de l'entité trop rigide adénopathie trachéo-bronchique craquait de toutes parts. Que reste-t-il de cette charpente ? Existe-t-il des signes vraiment distinctifs des lésions trouvées à la radiographie ? Est-ce que le terme adénopathie trachéo-bronchique correspond à quelque chose ? C'est en espérant une réponse à ces questions que notre Maître, le Professeur Dupérié, nous confia, avec le sujet de cette thèse, le soin de nous faire une opinion.

CHAPITRE PREMIER

Signes et formes cliniques de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.

L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse fut décrite, en 1780, par Lalouette, qui attira l'attention sur les signes fonctionnels : la toux coqueluchoïde, la dyspnée, les troubles de la voix. Cette étude fut reprise plus tard par Leblond qui a opposé la phtisie bronchique à la phtisie pulmonaire. Par la suite, de nombreux auteurs y consacrèrent des études importantes, en particulier Rilliet et Barthez, Gueneau de Mussy et son élève Baréty, Cadet de Gassicourt, d'Espine, Hutinel, Méry et bien d'autres. Dans la seconde enfance, la tuberculose tend de plus en plus à se localiser et de ces localisations une des plus fréquentes, une des plus importantes est la localisation ganglionnaire médiastinale.

Pour comprendre certains signes, issus de la clinique, nous allons, en un bref exposé, rappeler quelques notions anatomiques essentielles.

D'après Baréty, les ganglions les plus nombreux et les plus importants du médiastin sont les ganglions dits viscéraux.

On les subdivise en :

ganglions antérieurs;

ganglions postérieurs;

ganglions trachéo-bronchiques de beaucoup les plus intéressants au point de vue clinique.

Ces derniers ganglions forment quatre groupes :

1^{er} groupe : trachéo-bronchique droit constitué par quatre ou cinq ganglions, situés dans l'angle obtus de la trachée et de la bronche droite, en rapport avec la veine cave supérieure, la branche droite de l'artère pulmonaire, la crosse de l'azygos, le pneumogastrique et le récurrent droit.

2^e groupe : trachéo-bronchique gauche (trois à quatre ganglions), logé entre la crosse de l'aorte, la trachée et la bronche gauche, en rapport avec le pneumogastrique et le récurrent gauche.

3^e groupe : inter trachéo-bronchique (quatre à douze ganglions), placé dans l'angle de bifurcation de la trachée, en rapport avec le péricarde qui les sépare de l'oreillette gauche, avec la face antérieure de l'œsophage et avec les filets du plexus pulmonaire.

4^e groupe : ganglions inter-bronchiques qui se trouvent au niveau de la bifurcation des grosses bronches, au hile ou en plein parenchyme.

Les ganglions trachéo-bronchiques reçoivent leurs afférents des poumons, des bronches et de la trachée; leurs efférents vont se déverser dans les troncs tributaires des veines sous-clavières.

Les ganglions hilaires enchassés dans l'excavation hilare sont entourés de tissu conjonctif qui les sépare des ramifications bronchiques (entre lesquelles ils se nichent) et des branches des artères et des veines pulmonaires. Le parenchyme pulmonaire est tout proche : il enveloppe presque complètement les ganglions dont il n'est séparé que par la plèvre dont les feuillettes de cohésion forment comme un couvercle sur l'orifice hilare. De plus, la plèvre interlobaire vient buter dans la profondeur contre l'excavation hilare : quant à l'autopsie on écarte les lobes du poumon pour ouvrir la scissure inter-

lobaire, on aperçoit la saillie que fait le ganglion quand celui-ci est hypertrophié.

Le hile se projette en avant entre un plan horizontal passant par le bord supérieur de la deuxième côte et un autre passant par le bord inférieur de la troisième côte; en arrière, entre un plan horizontal passant par le bord supérieur de la quatrième côte et un autre passant par le bord supérieur de la sixième côte. La bifurcation trachéale correspond chez l'enfant à la quatrième ou cinquième vertèbre dorsale. Connaissant l'anatomie des ganglions médiastinaux, nous allons maintenant aborder leur étude pathologique.

Le texte qui suit est inspiré de M. Bourdillon (Pratique des maladies des Enfants).

Généralités.

La tuberculose des ganglions bronchiques est à peu près constante chez les enfants atteints de tuberculose d'un autre organe et existe très souvent seule. Sur 78 autopsies d'enfants morts de tuberculose aiguë et de méningite, Haushalter et Fruhinsholz ont trouvé 74 fois des ganglions bronchiques tuberculeux. Raczynski ne les a trouvés sains que 17 fois sur 611 autopsies d'enfants morts de maladies diverses, tuberculeuses ou non. L'adénopathie trachéo-bronchique est à l'origine de presque toutes les tuberculoses chirurgicales de l'enfant. Roux et Josserand, en examinant par la radioscopie et la recherche des signes cliniques 588 enfants de moins de 15 ans des écoles de Paris et de la Goutte de Lait de Cannes ont constaté l'adénopathie trachéo-bronchique chez 263 d'entre eux, tous âgés d'au moins deux ans. D'après la moyenne de toutes les statistiques, la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques existe dans 40 pour cent de toutes les autopsies d'enfants de moins de 15 ans dont 23 pour cent pour la forme latente.

Symptômes.

La recherche attentive des signes que nous allons décrire permet de dépister l'adénopathie trachéo-bronchique. Une douleur sourde au niveau du sternum n'existe que dans les formes avancées. La spinalgie, sensibilité provoquée par la pression sur les apophyses épineuses des premières vertèbres dorsales, est plus commune. La toux fait rarement défaut. Dans les cas très légers elle ne se produit que quand l'enfant court ou se livre à quelque exercice qui l'essouffle. La toux de l'adénopathie trachéo-bronchique moyenne ou grave est rauque, spasmodique et quinteuse. Guéneau de Mussy lui a donné le nom de coqueluchoïde. Elle se distingue de celle de la coqueluche par l'absence des reprises sifflantes, le manque d'expectoration rhugueuse et la rareté des vomissements. L'expectoration est habituellement nulle; en cas de fonte des ganglions on peut observer le rejet de débris caséeux où l'on trouve des bacilles de Koch.

Signes physiques.

Dans les cas exceptionnels, on peut en palpant profondément dans le creux sus-sternal percevoir le bord supérieur des ganglions rétro-sternaux hypertrophiés.

Inspection.

On a parfois affaire à des enfants à thorax frêle et étroit sur la partie supérieure duquel se dessine parfois un lacis veineux plus ou moins marqué.

Palpation.

La palpation révèle fréquemment une augmentation des vibrations à l'un des deux sommets ou à l'un des deux hiles. Mais les symptômes les plus importants de l'adénopathie trachéo-bronchique sont fournis par la percussion et par l'auscultation.

Percussion.

A la partie antérieure du thorax, c'est surtout au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite que l'adénopathie trachéo-bronchique donne lieu à une altération de la sonorité normale. Cette articulation répond directement aux ganglions rétro-sternaux qui sont appliqués contre sa face postérieure et au groupe prétrachéo-bronchique situé plus profondément tandis que du côté gauche les rapports anatomiques sont moins intimes entre l'articulation et les groupes ganglionnaires. En outre, l'hyperrophie atteint plus souvent les ganglions du côté droit que ceux du côté gauche. La région sternale étant normalement très sonore, il faut user d'une percussion légère et comparer le son obtenu d'un côté avec celui obtenu du côté opposé. On ne constatera souvent qu'une élévation de la tonalité du son du côté droit. En arrière, à l'état normal, les apophyses épineuses de la septième vertèbre cervicale et des trois premières vertèbres dorsales qui correspondent à la trachée rendent à la percussion un son de tonalité plus élevé que les apophyses des vertèbres suivantes qui correspondent au poumon. En cas de tuméfaction assez volumineuse des ganglions intertrachéo-bronchiques on peut constater une matité ou une élévation du timbre localisée à une ou deux apophyses. La percussion des lames vertébrales doit se pratiquer en appliquant le doigt verticalement le long et immédiatement en dehors de la crête épineuse, la pulpe dirigée vers la ligne médiane en ayant soin de comparer au niveau de chaque vertèbre le son obtenu d'un côté avec celui de l'autre côté. Il est nécessaire de percuter assez fortement et de tenir compte autant de la sensation de résistance au doigt que de la tonalité du son obtenu. Seules, les adénopathies très volumineuses sont capables de donner naissance à une matité de l'espace inter-scapulo-vertébral. La percussion de la région sterno-claviculaire donne des notions plus exactes et plus utiles que la percussion de la région

vertébrale. Cette dernière ne fournit que des renseignements douteux, toujours inférieurs à ceux de l'auscultation.

Pour M. Armand-Delille, les lésions pulmonaires qui accompagnent les adénopathies suffisent largement à donner dans les régions ganglionnaires des zones de matité. Etant donné la disposition des organes à l'intérieur du médiastin, il lui paraît difficile d'admettre que les ganglions qui sont séparés des parois antérieure et postérieure par une épaisseur relativement considérable puissent manifester leur hypertrophie par des zones de matité.

Voyons, d'après M. Toinon, les renseignements qu'il peuvent découler de coupes du thorax faites à différents étages :

« Une coupe transversale du thorax passant par le disque qui sépare D 3 et D 4 montre une zone de parenchyme pulmonaire interposée entre la paroi thoracique antérieure et les ganglions : c'est seulement à la limite supérieure du manubrium, au niveau de l'articulation sternoclaviculaire droite que le ganglion latéro-trachéal droit n'est séparé de la paroi thoracique antérieure que par l'origine de la veine cave supérieure, et le tronc veineux innominé droit.

En pratique, à cause de cette interposition de parenchyme pulmonaire sain ou altéré la plupart des adénopathies trachéo-bronchiques ne sauraient être percutables sur la paroi thoracique antérieure.

Une coupe transversale passant par D 4 montre combien la trachée est éloignée de la paroi thoracique postérieure. Elle est de plus environnée d'organes pleins qui créent une matité certaine. Cette coupe montre encore que le groupe ganglionnaire latéro-trachéal droit est séparé de la paroi postérieure par toute l'épaisseur du poumon droit dont la paroi interne capitonne l'espace costo-vertébral. »

D'après M. Renault, les ganglions seraient anatomiquement placés sous la paroi, et le médiastin chez l'enfant, sous le doigt et sous l'oreille.

Auscultation.

Les points à ausculter sont les mêmes que ceux à percuter. Les masses ganglionnaires servant de conducteur prêtent une intensité inaccoutumée aux sons nés dans la profondeur et transmettent à l'oreille le bruit respiratoire de la trachée : l'expiration prend un timbre soufflant qui peut aller jusqu'au souffle tubaire; la voix et la toux s'entendent avec un retentissement particulier. Le signe le plus constant et le plus précoce de l'adénopathie-trachéo-bronchique est la bronchophonie, perçue sur les apophyses épineuses des premières vertèbres dorsales et qui, dans les grandes adénopathies, déborde en dehors au niveau des lames vertébrales, plus souvent à droite qu'à gauche.

Le Professeur d'Espine, qui a mis en relief la valeur pathognomonique de ce signe, expose en ces termes la façon de la constater :

« En auscultant le cou en arrière sur les vertèbres cervicales avec un stéthoscope à petite embouchure, on perçoit le bourdonnement caractéristique provenant de la trachée. Chez l'enfant normal ce timbre cesse brusquement au niveau de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale. En cas d'adénopathie, on l'entend encore jusqu'à la quatrième ou cinquième vertèbre dorsale; le stéthoscope n'est utile que pour bien limiter le siège de la bronchophonie qui n'occupe parfois qu'une seule des vertèbres.

Si l'auscultation de la voix ou du cri ne donne pas de résultat, on fait pratiquer à l'enfant, quand il est en âge de comprendre, l'articulation des mots à voix basse. On entend alors, en cas d'adénopathie, un phénomène acous-

tique, analogue à la pectoriloquie aphone, que d'Espine désigne sous le nom de chuchotement.

Si des râles se produisent dans le voisinage des ganglions ils sont perçus avec un retentissement exagéré : les râles humides prennent le timbre caverneux.

Barthez et Rilliet signalent un gros ronchus bruyant, sonore, s'entendant à distance, remarquable par sa fixité et sa persistance et qu'ils attribuent à la compression de la trachée par les ganglions qui l'entourent.

On peut observer dans une partie du poumon une diminution notable du murmure vésiculaire sans altération de la sonorité mais avec diminution du frémitus si la bronche qui correspond à cette partie a son calibre rétréci par la compression ganglionnaire. En auscultant comparativement les deux bases pendant la phonation, on entendra la voix plus lointaine du côté de la bronche comprimée. En cas de caverne ganglionnaire, l'auscultation fait entendre les signes propres à toute caverne pulmonaire mais localisés au niveau de la racine des bronches et coïncidant parfois avec une expectoration de matière caséeuse. On renforce les phénomènes d'auscultation dus aux masses ganglionnaires en inclinant la tête de l'enfant : en avant, pendant qu'on ausculte le dos; en arrière pendant qu'on ausculte le sternum. Cette manœuvre a pour effet de rapprocher les ganglions de la paroi qu'on explore.

En auscultant le manubrium pendant que l'enfant a la tête fortement renversée en arrière, on peut entendre un murmure veineux soufflant attribué par Smith qui a découvert ce phénomène à la compression de la veine innommée entre le sternum et les ganglions trachéo-bronchiques ramenés en haut et en avant.

Le foyer d'auscultation classique du hile est l'espace inter-scapulo-vertébral.

Voyons, à ce sujet, l'opinion du Professeur Sargent : « Cet espace pourrait être dénommé région hilare. En

effet, elle doit son importance à la projection dans son aire des hiles pulmonaires et de grosses bronches entourées de ganglions péribronchiques et intertrachéo-bronchiques. Le hile du poumon se projette sur la paroi thoracique antérieure derrière le bord sternal du troisième espace intercostal; mais, en avant, l'exploration stéthacoustique du hile est relativement moins aisée qu'en arrière en raison de la présence des languettes antérieures du poumon et des gros vaisseaux de la base du cœur. En arrière, au contraire, le hile est beaucoup plus accessible : outre qu'il est plus rapproché de la paroi thoracique postérieure que de l'antérieure, il n'est masqué par la présence d'aucun organe important; là, il se projette dans l'extrémité interne du cinquième espace intercostal, c'est-à-dire à mi-hauteur de l'espace inter-scapulo-vertébral et dans la partie paravertébrale de cet espace.

C'est à cette partie paravertébrale de l'espace inter-scapulo-vertébral qu'il convient de réserver la dénomination de région hilare proprement dite; c'est là la zone hilare... »

D'après M. Armand-Delille, la faiblesse du murmure vésiculaire d'un côté est beaucoup plus souvent en rapport avec une malformation nasale qu'avec la compression bronchique. Le souffle inter-scapulo-vertébral serait physiologique chez beaucoup d'enfants, surtout s'ils sont maigres. Pour M. Renault, le souffle expiratoire dans l'espace inter-scapulo-vertébral ou le long du manubrium ne peut indiquer autre chose que de l'adénopathie trachéo-bronchique. Les conclusions de M. Rist sont les suivantes : « Seules les adénopathies trachéo-bronchiques volumineuses siégeant dans l'angle trachéo-bronchique droit, et remontant le long de la trachée, peuvent se traduire par des signes stéthacoustiques : ceux-ci sont alors localisés sur la face antérieure du thorax, à droite du sternum.

Même très volumineuses, les adénopathies siégeant

ailleurs sont muettes à la percussion et à l'auscultation. Quant aux adénopathies les plus communes, celles qui accompagnent toute primo-infection tuberculeuse pulmonaire (de volume médiocre dans la grande majorité des cas) très pauvres en symptômes ou même asymptomatiques, elles guérissent spontanément et ne peuvent être décelées. »

Signes fonctionnels.

La tuméfaction des ganglions du médiastin, quand elle atteint un degré notable, donne lieu à une série de troubles fonctionnels que nous allons énumérer.

La compression marquée des bronches donne lieu à de la dyspnée; celle-ci peut n'apparaître que pendant les efforts, ou bien être continue, s'accompagner de tirage et aller jusqu'à l'orthopnée, l'enfant étant pris de suffocation quand il se couche, ou bien encore se présenter sous forme de véritables accès d'asthme. (Joal.)

Divers phénomènes peuvent résulter de la compression des filets nerveux de la région médiastinale par les ganglions trachéo-bronchiques hypertrophiés. Nous avons déjà mentionné les accès d'asthme et le caractère spasmodique de la toux. On peut observer des troubles d'innervation transitoires ou permanents du larynx, dus à la paralysie du nerf récurrent : la voix peut être voilée, rauque, parfois supprimée. Une accélération permanente du pouls peut résulter de la paralysie du pneumogastrique. La compression du sympathique se manifeste par l'inégalité des pupilles.

On a attribué à un trouble fonctionnel du plexus broncho-pulmonaire, dont les ramifications s'étalent à la surface postérieure des ganglions inter-trachéo-bronchiques, certaines poussées de catarrhe des bronches, plus ou moins généralisées et passagères, ainsi que la formation de foyers congestifs, localisés à une des bases pulmo-

naires, se manifestant par de gros râles humides, évoluant sans fièvre et persistant longtemps.

Mais les autopsies qui montrent de petits tubercules ou des amas granuliques au lieu même où l'oreille avait perçu ces congestions passagères, montrent bien que, très souvent, il s'agit de manifestations tuberculeuses évoluant sur un terrain déjà modifié. Du reste, au cours de ces poussées, il est souvent bien difficile de préciser si l'infection tuberculeuse reste exactement localisée aux ganglions, ou bien si elle ne s'étend pas au parenchyme pulmonaire, soit par propagation de voisinage, soit par dissémination vasculaire ou bronchique.

Oppert a signalé un cas de mort, chez un enfant de trois ans, qu'il attribue à la compression du pneumogastrique par un abcès ganglionnaire tuberculeux, gros comme un œuf de poule.

La compression de la veine cave supérieure se manifeste par la dilatation des veines sous-cutanées de la face, du cou et des membres supérieurs et peut même donner lieu à de l'œdème et de la cyanose de ces mêmes régions. La sténose du tronc veineux brachio-céphalique droit donnerait lieu à une bouffissure de la moitié droite seule du visage. La gêne circulatoire, due à l'adénopathie trachéo-bronchique, est très rarement suffisante pour produire de pareils accidents; par contre, un lacis veineux de la région supérieure du thorax se produit très fréquemment.

La perforation d'un ganglion ramolli avec évacuation de son contenu dans les voies respiratoires, peut faire éclater brusquement des accidents asphyxiques de la plus haute gravité. Si la perforation de l'abcès ganglionnaire provoque l'ouverture d'une branche de l'artère pulmonaire, elle donne lieu à une hémoptysie foudroyante. Ces cas sont heureusement fort rares.

La conséquence la plus habituelle de l'ouverture d'un abcès ganglionnaire est la tuberculisation, à forme pneu-

monique caséeuse, de la partie du poumon directement infectée par la matière tuberculeuse (tuberculose ganglio-pulmonaire par infiltration directe).

A la symptomatologie de l'adénite du médiastin, appartient encore la fièvre, qui fait rarement défaut pendant toute la durée de la maladie. Elle survient par accès éphémères ou prend une forme plus ou moins continue : certains états fébriles prolongés, qu'aucun symptôme manifeste ne paraît expliquer et qu'on qualifie de fièvre de croissance, de fièvre paratyphoïde ou de typho-bacillose, ont souvent pour cause réelle l'évolution d'une tuberculose des ganglions bronchiques. L'auscultation attentive de la région trachéo-bronchique peut seule conduire au diagnostic.

L'épreuve de la tuberculine ne doit pas être négligée quand on a lieu de soupçonner la nature tuberculeuse de la maladie.

Formes cliniques.

Dans un grand nombre de cas, l'adénopathie trachéo-bronchique n'affecte en rien l'état général de l'enfant qui en est porteur et ne donne lieu à aucun symptôme capable de forcer l'attention. C'est la forme latente de la maladie. Quand elle se manifeste cliniquement, tantôt elle est associée à une tuberculose pulmonaire en évolution (tuberculose ganglio-pulmonaire) tantôt elle constitue une localisation prédominante. Les ganglions peuvent atteindre le volume d'une noisette, d'une noix, d'un œuf. Souvent ils sont fusionnés, agglomérés par les adhérences fibreuses.

L'adénopathie trachéo-bronchique peut revêtir, outre la forme latente, deux variétés de formes qu'on retrouve assez fréquemment, savoir :

1° — Les formes se caractérisant seulement par des signes généraux.

2° — Les formes s'accompagnant de signes fonctionnels.

Formes se caractérisant seulement par des signes généraux.

Certaines adénopathies ne se manifestent que par des signes généraux, avec une fièvre à types divers :

De courte durée,

Continue,

Prolongée avec rémissions variables.

A ce sujet, M. Pélignaud (d'Angers), attire l'attention sur une variété commune et importante de fièvre prolongée chez les enfants, dans les termes suivants :

« On est en présence, le plus souvent d'un enfant âgé de deux à dix ans. Dans certains cas, la famille a noté une diminution de l'appétit et de l'entrain, une pâleur inaccoutumée. D'autres fois, on possède la notion d'une grippe, d'une pneumonie, coqueluche ou rougeole antérieure. Brusquement, la fièvre fait son apparition; température d'emblée entre 39°-40°. Le médecin appelé va songer selon l'âge, la saison, le milieu, soit à une adénoïdite, à une grippe, à une fièvre de dentition, soit à la période d'invasion d'une maladie infectieuse. Plusieurs jours se passent. La fièvre persiste : aucun des diagnostics présumés ne peut tenir. Il faut bien admettre qu'il s'agit là d'une fièvre dite continue, mais de quelle nature ? Les examens cliniques, minutieux et répétés ne montrent aucun signe de localisation révélatrice. Le médecin va faire appel pour s'éclairer au laboratoire et aux examens spéciaux : mais l'hémoculture et le séro-diagnostic, tous deux négatifs, éliminent l'idée de septicémie éberthienne ou autre. L'examen des urines écarte le diagnostic de pyélonéphrite, les oreilles ont été examinées, le cavum vérifié et désinfecté. Toutes les constatations sont donc négatives... et la fièvre continue.

» Alors, fatalement, devant la persistance de la température élevée qui dure depuis plusieurs semaines, le médecin songe à la tuberculose. L'auscultation pulmonaire, faite sans précautions particulières, ne révèle rien. On demande une radiographie qui ne décelez souvent rien de particulièrement anormal.

» Cette carence de signes vient de ce que l'oreille, ou les rayons, passent à côté d'une région d'importance primordiale en l'occurrence : j'ai nommé la région hilare.

» La cause de cette fièvre est une adénite médiastinale aiguë causée par le bacille de Koch sans lésion vraie du parenchyme pulmonaire (lors d'une première manifestation tout au moins) et sans passage du bacille dans le sang.

» Cette fièvre continue répond, comme tracé, à deux variétés possibles :

1° *Fièvre à tracé irrégulier.* — Ici, la fièvre s'est élevée brutalement ou rapidement à 39° et plus. Les jours suivants, elle se maintient à peu près à ce niveau, mais la courbe dessine volontiers des clochers, des rémissions, avec cette particularité fréquente et extrêmement importante d'être, de temps à autre, à type inverse. De plus, quand on examine une courbe thermique d'un de ces cas de fièvre prolongée on constate que, malgré l'inégalité des températures d'un jour à l'autre, l'ensemble du tracé dessine des vagues, des ondulations larges qui ne sont d'ailleurs pas séparées les unes des autres par une phase d'apyrexie, mais par une zone de subfébrilité.

2° *Type à forme typhoïde.* — Dans les formes les plus pures de ce type, on a vraiment sous les yeux une courbe simulant de très près celle de la fièvre typhoïde : période d'oscillations ascendantes, période d'état et stade des oscillations descendantes. Elles sont parfois copiées au point d'induire en erreur jusqu'au jour où quelque incident évo-

lutf vienne redresser le diagnostic qui s'égaraît faute de localisations. »

Formes s'accompagnant de signes fonctionnels.

Il s'agit souvent d'enfants relevant de rougeole ou de coqueluche, mal remis, qui présentent à nouveau une fièvre de type variable avec toux et amaigrissement. La toux peut être spasmodique, quinteuse, rauque, sèche. Ces enfants restent pâles avec appétit capricieux ou anorexie. Tous ces signes peuvent exister isolément ou se trouver réunis. A l'examen du thorax, signes de bronchite diffuse, quelquefois de congestion pulmonaire.

Les signes persistent, 8, 10, 15 jours au plus, puis diminuent : la fièvre, si elle existait, disparaît.

La toux est moins fréquente, moins grasse, l'état général redevient meilleur : l'enfant semble guéri. Cependant, on note la persistance de la toux qui prend parfois un caractère de sécheresse, de raucité particulière ou bien, par moments, éclate quinteuse, spasmodique.

On trouve alors à l'examen des signes physiques dont nous avons indiqué les différentes interprétations.

Nous en avons terminé avec la symptomatologie prolix de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.

A l'heure actuelle elle perd, sous l'emprise d'une critique poussée, beaucoup de ses éléments.

Certains auteurs admettent encore quelques signes qu'ils attribuent à de très grosses tuméfactions ganglionnaires. D'autres estiment que les signes physiques n'ont de valeur que s'ils persistent lors d'examens pratiqués à intervalles éloignés. Enfin, M. Armand-Delille et son école ne retiennent plus, d'une si riche symptomatologie, que la radiographie et la notion de contamination. Quant aux signes généraux, pour lui, l'anorexie, l'état fébrile, l'amaigrissement, pourraient être dus à des causes multiples, parmi lesquelles les affections subaiguës du rhino-pharynx.

Radiologie.

Classiquement, la radioscopie peut faire voir l'ombre des masses ganglionnaires intrathoraciques, mais les résultats qu'en on obtient sont très inconstants : de grosses adénopathies constatées à l'autopsie peuvent avoir été invisibles à l'écran. Les ganglions interbronchiques sont les mieux dévoilés par la radioscopie parce que leur ombre se détache sur le fond clair du champ pulmonaire. Ceux du groupe médian se confondent avec le rachis, le sternum et le cœur et, pour les reconnaître, il faut envoyer les rayons X obliquement pour séparer l'ombre du rachis de celle du cœur et éclairer obliquement le médiastin postérieur. De cette façon, on peut voir des ombres à contours arrondis ou polycycliques. Les ganglions calcifiés apparaissent très nettement à cause de leur composition minérale qui les rend opaques.

La radiographie donne surtout des vues sur deux groupes ganglionnaires : de face les groupes hilaires se profilent dans les champs pulmonaires; de profil, le groupe inter-trachéo-bronchique est mis en évidence.

Nous tirons d'un article de M. Dumarest les données suivantes : « Communes chez l'enfant, les formes ganglio-hilaires et hilaires constituent le stade qu'on pourrait qualifier de lymphatique de l'évolution de la tuberculose chronique. Théoriquement, on devrait distinguer les formes ganglionnaires pures avec adénite et périadénite, des formes compliquées d'invasion parenchymateuse.

» Pratiquement, cette distinction est difficile et parfois impossible en dehors de la constatation d'une résolution progressive complète qui plaide en faveur de la première hypothèse. Très souvent, la découverte de lésions de cette nature est fortuite. Il s'agit d'un jeune sujet appartenant à une famille dont un membre est tuberculeux : on le fait examiner par occasion ou par précaution. Parfois il n'a jamais été malade (nous avons un exemple de

ce genre parmi nos observations). Ailleurs, on a constaté qu'il était délicat, que sa croissance n'était pas normale, qu'il toussait facilement, ou qu'il avait eu de petites poussées de fièvre, sans motif apparent. Rien, au total, qui parut très inquiétant. La radiographie montre des masses hilaires marronnées, unies ou bilatérales, le plus souvent du côté droit. Tantôt leurs contours sont nets, tantôt, elles s'épanouissent en choux-fleur avec des irradiations, ou des chevelures, ou des zones de tramite diffuse à point de départ hilaire. Dans les cas de cette catégorie, il peut exister des troubles généraux variables dans leur importance, leur modalité ou leur durée; mais il n'y a jamais d'expectoration et l'auscultation est négative pour deux raisons : l'épaisseur du parenchyme sain interposé, et le peu de mobilité de la région hilaire. Les lésions hilaires, même cavitaires, sont souvent silencieuses. A plus forte raison, les infiltrations discrètes échapperont-elles à l'oreille. »

Nous allons maintenant exposer le point de vue de M. Rist. Il divise radiologiquement le médiastin en trois étages :

I. — *Étage supérieur.*

C'est le vrai domaine des ombres ganglionnaires. C'est là surtout qu'il faut chercher les adénopathies.

Caractères principaux des images adénopathiques :

1° — Leur siège, presque exclusivement à droite, le long du bord droit de la trachée, dans la région même où la percussion de la face antérieure du thorax permet parfois de les déceler.

2° — Leur aspect homogène qui est frappant et qui tient à ce qu'il s'agit toujours de ganglions caséeux.

3° — Leur contour en arc de cercle, nettement limité, sans effilochures ni irrégularités; immobilité, absence de battements, persistance, à gauche de l'ombre ganglion-

naire, de la clarté trachéale. Dans la règle, du reste, le bord externe de l'ombre anormale est non pas polycyclique, mais formé d'un seul arc de cercle.

II. — *Étage moyen.*

Il correspond aux hiles proprement dits. On y trouve des images radiologiques fréquentes. C'est à la hauteur du hile radiologique que se projette l'origine des scissures. Se projettera donc au niveau du hile, sous la forme d'une ombre vaguement globuleuse, toute lésion nodulaire du poumon située soit au niveau même du hile anatomique, soit dans une région antérieure ou postérieure à celui-ci, pourvu qu'elle soit juxta-scissurale et juxta-médiastinale.

Les images hilaires gauches répondent donc, le plus souvent, à des lésions pulmonaires. Les images hilaires droites peuvent être, soit ganglionnaires, soit pulmonaires.

Ainsi, dans un grand nombre de cas, l'image hilaire anormale traduit, non pas une adénopathie, mais une lésion pulmonaire.

III. — *Étage inférieur.*

Ici, les images radiologiques sont, ou bien des ombres vasculaires, ou bien des ombres parenchymateuses normales.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS PERSONNELLES

A la consultation de l'Hôpital des Enfants, M. le Professeur Dupérié nous préleva les malades qui semblaient justiciables du diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique.

Nous fîmes sur ces enfants une cuti-réaction à la tuberculine qui s'avéra négative dans un nombre de cas qui n'est point négligeable. Nous ne gardâmes qu'un certain nombre d'enfants tous à cuti-réaction positive.

En outre, nous eûmes l'occasion d'en suivre plusieurs autres, à cuti-réaction positive, hospitalisés soit pour des poussées congestives diverses à point de départ ganglionnaire, soit pour des affections n'ayant aucun rapport avec l'appareil respiratoire.

Enfin, nous avons examiné des enfants, en bonne santé apparente, appartenant en grande partie à l'Assistance publique et dont certains, nous assure-t-on, n'avaient aucun passé pulmonaire.

Dans la majorité des observations relatées, les enfants ne présentaient ni adénoïdite, ni lésions pharyngées; il n'existait en outre aucun signe d'insuffisance nasale.

Nous avons donc classé nos observations en deux groupes : enfants malades et enfants apparemment sains.

ENFANTS MALADES

OBSERVATION I

Yvonne C..., 11 ans. — Vient à la consultation en juillet 1930, parce qu'elle maigrit, pâlit et tousse un peu.

Antécédents familiaux. — Père ayant fait une pleurésie il y a trois ans, tousse depuis.

Un frère aîné de 18 ans. Bien portant.

Un frère mort de broncho-pneumonie consécutive à une coqueluche à l'âge de 4 ans.

Une sœur morte de gastro-entérite à 3 mois.

Antécédents personnels. — Troubles digestifs à 3 mois. Grippe suivie de double congestion pulmonaire à 3 ans et demi. L'enfant est suivie jusqu'à 5 ans parce qu'elle tousse et crache. Grippe en janvier dernier. Appétit capricieux, poussées de température de temps à autre.

Examen pulmonaire. — En avant, rien à signaler.

En arrière. — Auscultation : aux deux sommets, respiration rude.

L'enfant se plaint en outre de l'estomac. Cuti-réaction négative.

17 AVRIL 1931.

A ce moment nous revoyons la petite malade.

Examen pulmonaire. — En avant, rien à signaler.

En arrière. — Palpation : augmentation des vibrations au hile et au sommet droits.

Auscultation : pas de modifications de la voix haute; pas de bruits hilaires surajoutés, cuti-réaction positive forte.

27 AVRIL 1931.

Examen pulmonaire. — En avant, rien à signaler.

En arrière. — Auscultation : diminution nette du murmure vésiculaire et rudesse respiratoire dans la région hilare droite. Bronchophonie légère à ce niveau. Signe de d'Espine positif jusqu'à D 6.

OBSERVATION II

Simone C..., âgée de 9 ans, entre le 3 septembre 1930 dans le service, pour toux et point de côté passager. Température à l'entrée, 38°. Depuis, température irrégulière qui est allée en s'abaissant jusqu'au 12 novembre, date à laquelle l'enfant s'est levée.

Une cuti-réaction a été pratiquée et s'est révélée positive moyenne. Le 12 novembre, la température de la malade a augmenté de nouveau. Le poids de la malade va en augmentant.

Antécédents familiaux. — Père bien portant.

Mère atteinte de bronchite à récurrences fréquentes, a subi l'ablation d'un rein, vraisemblablement pour néphrite tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Enfant délicate, sujette aux rhumes.

18 NOVEMBRE 1930.

Ascension thermique en escalier depuis trois jours. 38° le 17 au soir, 37°5 le 18 au matin. A l'examen, assez bon état général, bonne langue, pouls régulier.

Examen pulmonaire. — Palpation : diminution des vibrations vocales au niveau des deux bases.

Percussion : submatité dans les mêmes régions.

Auscultation : diminution du murmure vésiculaire et frottement en cuir neuf aux bases, particulièrement la base droite.

10 DECEMBRE 1930.

Bon faciès. Pouls : 100. Température 37°4.

Examen pulmonaire. — En avant : inspection. Elargissement de l'hémithorax droit. Expansion limitée du thorax.

Palpation : les vibrations passent mieux à droite qu'à gauche.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : respiration un peu plus rude à droite qu'à gauche, au niveau de la région hilare.

En arrière. — Inspection. Ampliation thoracique faible.

Palpation : vibrations un peu exagérées à droite, surtout dans la région inter-scapulo-vertébrale.

Percussion : légère submatité de l'hémithorax droit, un peu plus marquée au niveau du hile.

Auscultation : respiration légèrement rude aux deux bases, surtout à droite. Quelques sibillances du même côté. Ebauche de signe de d'Espine. Cuti-réaction franchement positive.

L'enfant prend plaisir à manger. Par ailleurs, rien à signaler.

OBSERVATION III

René L..., 14 ans. Vient à la consultation le 19 novembre 1930 pour fatigue générale.

Antécédents personnels. — Nourri au sein. Fluxion de poitrine à 2 ans et demi. Par la suite, varicelle, rougeole, oreillons, angine. Poussées fréquentes de fièvre durant une quinzaine de jours. Toux fréquente, sèche, mange peu et sans goût. Amaigrissement, céphalée.

Examen pulmonaire. — En avant, rien à signaler.

En arrière. — Palpation : exagération des vibrations dans la région hilare droite.

Auscultation : murmure vésiculaire diminué dans la région hilare droite et au-dessous vers la base. Expiration

prolongée et soufflante dans les mêmes régions. Signe de d'Espine positif. Cuti-réaction négative. Intradermo-réaction au millième positive.

En outre, langue saburrale, constipation.

3 DECEMBRE 1930

L'enfant revient nous voir ayant pris un kilo de poids.

12 DECEMBRE 1930.

Examen pulmonaire. — En avant, rien à signaler.

En arrière. — Palpation : vibrations augmentées au hile droit.

Percussion : pas de modifications de la sonorité.

Auscultation : au hile droit, diminution légère du murmure vésiculaire avec expiration soufflante.

12 JANVIER 1931.

Nous constatons chez l'enfant une certaine amélioration des signes.

12 FÉVRIER 1931.

Bon état général, un peu enrhumé, pharyngite.

OBSERVATION IV

André D..., 9 ans et demi. — Entre le 5 janvier 1931 dans le service, parce qu'il tousse depuis dix jours. Aurait eu de la fièvre chez lui. Rhino-pharyngite légère, ne paraît pas très fatigué ; n'a pas eu de frissons.

A l'entrée : signes de bronchite diffuse assez légère. On perçoit à la base droite des râles assez fins. La température se maintient en plateau aux environs de 39°-40°. Au bout d'un certain temps, température à grandes oscillations. Pas de tuphos, ni de fuliginosités. Langue saburrale humide. Pas de diarrhée ni de vomissements. Pas de délire. Pas d'épistaxis. Pouls régulier, ventre légèrement météorisé avec quelques rougeurs ponctiformes. Pas de grosse rate, foie un peu douloureux. Nous l'examinons à ce moment.

Examen pulmonaire. — Palpation : brassage de mucosités trachéales.

Percussion : pas de modifications de la sonorité.

Auscultation : rudesse respiratoire bilatérale avec râles humides fins, particulièrement à gauche. Légère diminution du murmure vésiculaire à la base droite

Une cuti-réaction pratiquée dans la période des grandes oscillations s'est révélée négative. Après la défervescence et à deux reprises différentes, on a obtenu une réaction franchement positive.

OBSERVATION V

Pierre D... — On l'emmène à la consultation le 5 janvier 1931 pour le faire examiner, par mesure de prudence.

Antécédents bacillaires chargés dans la famille.

Auscultation. — En arrière : respiration soufflante au niveau des deux sommets. Murmure vésiculaire très diminué au hile droit. Cuti-réaction positive forte.

OBSERVATION VI

Jacques E..., 7 ans. — Vient à la consultation le 9 février 1931 pour fatigue. Il tousse par quintes depuis le début de février et présente un appétit très instable. Le poids est stationnaire malgré la croissance.

Antécédents familiaux. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Rougeole en 1929. Un oncle habita un certain temps la même maison et y fit une hémoptysie alors que l'enfant avait 4 ans.

Examen pulmonaire. — En avant, rien à signaler.

En arrière. — Auscultation : au sommet et au hile droits, respiration soufflante, égophonie et pectoriloquie aphone.

Langue saburrale, luette et pharynx un peu œdématiés et congestionnés.

2 MARS 1931.

Petite toux nerveuse par périodes.

Examen pulmonaire. — En avant, rien à signaler.

En arrière. — Palpation : augmentation des vibrations à droite.

Percussion : submatité de la région hilare droite.

Auscultation : toujours au hile droit, murmure vésiculaire diminué, respiration soufflante ainsi qu'au sommet, égophonie, retentissement de la voix, pectoriloquie aphone. Bases normales. Signe de d'Espine positif jusqu'à D 5. Petits ganglions sous-maxillaires, carotidiens, inguinaux. Une cuti-réaction faite à ce moment s'est avérée positive forte.

16 MARS 1931.

Amélioration des signes. Diminution du souffle hilare de la bronchophonie et de l'exagération des vibrations. Seul persiste un signe de d'Espine jusqu'à D 4.

En somme : le souffle hilare et la pectoriloquie persistent très diminués et beaucoup moins diffus que lors du dernier examen.

11 MAI 1931.

Examen pulmonaire. — En avant. — Inspection : rien à signaler.

Percussion : submatité du deuxième espace intercostal gauche.

Palpation : les vibrations passent mieux à droite.

Auscultation : légère bronchophonie au hile et au sommet droit, légère pectoriloquie aphone au hile droit.

En arrière. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : vibrations un peu plus fortes à droite qu'à gauche.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : rien à signaler.

Les ganglions ont presque totalement disparu.

Gorge en bon état. Pas d'insuffisance nasale.

OBSERVATION VII

Henri B..., 10 ans. — Entre le 6 mars 1931 dans le service, pour un ictère d'allure bénigne.

Antécédents familiaux. — Père en bonne santé. Mère morte en 1922 de tuberculose pulmonaire : elle a allaité son enfant pendant quelque temps. Six frères et sœurs en bonne santé. La cuti-réaction est positive moyenne. Enfant d'apparence délicate.

Antécédents personnels. — C'est le dernier d'une famille de sept enfants.

Nous n'avons aucun renseignement sur sa petite enfance, mais il a toujours été d'une complexion délicate.

Examen pulmonaire. — En avant. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : les vibrations sont mieux perçues à droite au sommet.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : rien à signaler.

En arrière. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : vibrations mieux perçues au sommet à droite qu'à gauche.

Percussion : submatité légère de l'espace inter-scapulo-vertébral droit.

Auscultation : respiration un peu rude aux sommets. Respiration soufflante au hile droit. Signe de d'Espine négatif. Rares petits ganglions carotidiens et sous-maxillaires. Pas d'insuffisance nasale, gorge en bon état.

Durant son séjour à l'hôpital, fièvre peu élevée entre 38° et 37° avec, comme maximum 37°8, et tendant à la normale à la fin de son séjour à l'hôpital.

OBSERVATION VIII

Roger H..., 8 ans et demi. — Vient à la consultation le 11 mars 1931.

Examen pulmonaire. — En arrière. — Palpation : augmentation des vibrations dans la région hilare droite.

Auscultation : bronchophonie dans la région hilare droite. Signe de d'Espine positif jusqu'à D 5. Cuti-réaction positive forte.

Revient le 20 avril 1931. Amélioration des signes cliniques.

OBSERVATION IX

Josette M..., 5 ans. — Vient à la consultation le 18 mars 1931 pour toux qui, après les repas, provoque des vomissements.

Examen pulmonaire. — En arrière. — Auscultation : respiration un peu rude, légèrement soufflante au hile droit.

23 MARS 1931.

Une cuti-réaction pratiquée s'est révélée positive très forte.

29 MARS 1931.

L'enfant revient améliorée. Elle ne vomit plus. L'auscultation est négative.

4 MAI 1931.

Revient parce qu'elle tousse le matin.

Examen pulmonaire. — En arrière. — Auscultation : rudesse respiratoire généralisée, ronchus aux deux hiles, surtout à gauche.

10 MAI 1931.

L'enfant présente une fièvre légère. La toux persiste. On retrouve les mêmes signes à l'auscultation, la gorge est un peu rouge.

18 MAI 1931.

Persistence de quelques râles au hile droit. La fièvre continue.

1^{er} JUIN 1931.

L'état fébrile persiste ainsi que la toux. La gorge reste toujours rouge.

OBSERVATION X

Pilar L..., âgée de 10 ans. — Vient à la consultation le 25 mars 1931. Présente un érythème noueux avec macules anciennes et deux nodules en évolution sur la crête du tibia gauche.

Pas de signes nets d'adénopathie trachéo-bronchique.

Pas d'insuffisance nasale. Gorge en bon état.

Hospitalisée le 27 mars 1931. Cuti-réaction positive faible.

OBSERVATION XI

Charles L..., 8 ans. — Vient à la consultation le 27 mars 1931. On a affaire à un enfant chétif qui tousse depuis un mois et qui présente une fièvre légère.

Antécédents personnels. — Coqueluche en mai 1928. Scarlatine en novembre de la même année. Depuis, l'enfant est susceptible des bronches.

Examen pulmonaire. — En avant. — Inspection : thorax en entonnoir.

Auscultation : quelques gros râles muqueux disséminés.

En arrière. — Palpation : augmentation des vibrations au sommet droit.

Percussion : submatité aux deux bases.

Auscultation : rudesse respiratoire aux deux sommets. A gauche, dans le tiers moyen, respiration rude; dans le tiers

inférieur, murmure vésiculaire aboli. A droite, respiration soufflante. Signe de d'Espine positif jusqu'à D 3. La cuti-réaction est positive moyenne.

OBSERVATION XII

François L..., 11 ans. — Vient à la consultation le 1^{er} avril 1931. Enfant susceptible de la poitrine. S'enrhume facilement et tousse rauque. Appétit capricieux. Contagion probable par jeune voisin atteint de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Enfant nourri au sein jusqu'à 10 mois. A 5 mois, bronchite. Coqueluche et rougeole il y a deux ans. A été opéré des végétations. Bronchites à répétition.

Examen pulmonaire. — En avant. — Auscultation : respiration légèrement soufflante au hile droit. Bronchophonie légère dans la région sous-claviculaire droite.

En arrière. — Palpation : augmentation des vibrations vocales au hile droit.

Auscultation : bronchophonie. Respiration soufflante au hile droit.

Râles humides au hile et à la base gauche.

Le signe de d'Espine est positif jusqu'à D 6. On trouve quelques ganglions sous-maxillaires. La cuti-réaction est positive moyenne.

OBSERVATION XIII

Guy S..., 10 ans. — Vient à la consultation le 15 avril 1931. Tousse depuis le mois de mars.

Examen pulmonaire. — En avant, rien à signaler.

En arrière. — Palpation : les vibrations vocales sont augmentées à droite.

Auscultation : la respiration est soufflante et un peu diminuée au hile droit. Pas de bronchophonie ni égophonie.

Signe de d'Espine positif jusqu'à D 5. Cuti-réaction positive forte, apparue seulement au bout de sept à huit jours. L'enfant revient les 17 avril 1931, 10 mai 1931, 27 mai 1931. Les signes persistent toujours. Il revient ensuite le 10 juin 1931 ayant pris 100 grammes de poids en quinze jours.

OBSERVATION XIV

René P..., 8 ans. — Vient à la consultation le 20 avril 1931. Tousse continuellement depuis deux ans, par quintes, à la suite d'une congestion pulmonaire, avec fièvre, d'une durée de deux mois. Depuis, l'enfant est fragile des bronches. Il s'enrhume très facilement et présente de temps à autre des poussées de fièvre.

Antécédents familiaux. — Sœur âgée de 5 ans, bien portante. Parents et grands-parents bien portants.

Antécédents personnels. — Nourri au sein pendant un an. Spécificité: convulsions pendant la première enfance. A 3 ans, coqueluche; à 5 ans, rougeole; à 6 ans, congestion pulmonaire. En janvier 1931, grippe suivie de broncho-pneumonie. Varicelle il y a un mois. L'enfant aurait été contaminé par un petit camarade.

Examen pulmonaire. — En avant, rien à signaler.

En arrière. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : vibrations un peu plus fortes au sommet droit.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : souffle expiratoire au hile droit. Rien à la gorge. Pas d'insuffisance nasale. Petits ganglions sous-maxillaires et cervicaux. Cuti-réaction positive forte.

27 MAI 1931.

L'enfant nous revient ayant pris 500 grammes de poids.

OBSERVATION XV

René M..., 10 ans. — Entre à l'hôpital le 29 avril 1931.

Il y a deux jours, on a constaté que l'enfant avait de la fièvre le soir. Fièvre atteignant 39°. Il s'est plaint en outre de céphalée. On l'a mis au lit et à la diète.

Il présente, le soir de son entrée, une température de 39°6 qui tombe le lendemain matin à 38°4. La céphalée disparaît. Le malade n'a jamais toussé ni craché.

Antécédents familiaux. — Père atteint de bronchite chronique. Mère en bonne santé. Deux sœurs et un frère bien portants.

Antécédents personnels. — Varicelle dans le jeune âge. Il y a quatre ans, pleurésie sérofibrineuse; rougeole récente. Reste fragile malgré un séjour à la campagne.

Examen pulmonaire. — Palpation : légère augmentation des vibrations au sommet droit.

Percussion : légère submatité au sommet droit.

Auscultation : respiration rude et légèrement soufflante au sommet droit, sans bruits surajoutés. Bronchophonie et légère pectoriloquie à ce niveau.

Rien à signaler au niveau des autres organes. Cuti-réaction positive moyenne.

OBSERVATION XVI

Jacques M..., 11 ans.

Antécédents personnels. — Bien portant jusqu'à 4 ans, âge auquel il fut opéré des végétations. Rougeole et coqueluche entre 6 et 7 ans. Par la suite, bronchites légères à répétition. A 7 ans, congestion pulmonaire. Broncho-pneumonie en novembre 1927. Grippe légère en 1929.

En décembre 1930, l'enfant traverse une période de huit à dix jours pendant laquelle il présente une température oscillante, le soir aux environs de 39°, le matin la fièvre descend à 38°.

La température tombe pendant quelques jours puis reprend sa forme oscillante : on pense à une typhoïde, mais toutes les épreuves de laboratoire sont négatives. On méconnaît la cause de cette température (typho-bacillose possible ?)

A la fin de décembre, l'enfant a été vu par Monsieur le Professeur Dupérié. Par la suite, on lui a fait subir dix séances de rayons U. V. Il présente encore des poussées de température qui atteignent et même dépassent 39°.

Vers le 20 mars 1931, la température reprend son caractère ondulant et les ondulations ont plus d'amplitude qu'au mois de décembre.

On note une différence de 2°5 à 3° entre la température du soir qui atteint 39°, 39°5, 39°8, et celle du matin qui descend jusqu'à 37° et même 36°4. Le malade est alors traité par le sérum de Jousset : on fait une injection de sérum de 20 cc. tous les deux jours et l'on obtient la chute de la température dont les oscillations, diminuant d'amplitude, se font autour de 37 degrés.

Le 27 avril, le malade accuse un peu de température et une douleur dans le côté gauche.

Le 29 avril, la température atteint 39°7.

Le 1^{er} mai, il entre à l'hôpital. A ce moment, l'enfant présente une toux sèche, son appétit est capricieux.

A l'entrée dans le service :

Examen pulmonaire. — En avant, rien à signaler.

En arrière. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : abolition de la transmission des vibrations dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche.

Percussion : matité dans la région correspondante.

Auscultation : le murmure vésiculaire est très diminué, toujours dans la même région. Légère bronchophonie. Pas de pectoriloquie aphone, pas de signe du sou. De plus, léger souffle de la partie supérieure du poumon gauche.

On fait une ponction qui ramène à peine 2 cc. de liquide aseptique.

12 MAI 1931.

Examen pulmonaire. — En avant, rien à signaler.

En arrière. — Palpation : pas de transmission des vibrations dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche.

Percussion : submatité du poumon gauche dans ses deux tiers inférieurs.

Auscultation : dans la même région, murmure vésiculaire diminué, râles fins inconstants à la toux, légère bronchophonie, pas de pectoriloquie aphone. De plus, disparition du souffle à la partie supérieure du poumon.

16 MAI 1931.

Examen pulmonaire. — En arrière. — Percussion : submatité du poumon gauche dans sa partie inférieure.

Auscultation : murmure vésiculaire diminué; apparition de râles fins à type cavernuleux.

19 MAI 1931.

A l'auscultation, on note la disparition des râles, mais la respiration reste soufflante dans la moitié inférieure et postérieure du poumon gauche.

Nous revoyons l'enfant au début de juin. A ce moment :

Examen pulmonaire.

En avant. — Inspection, palpation, percussion : rien à signaler.

Auscultation : bronchophonie, à gauche légère égophonie au hile.

En arrière. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : abolition des vibrations à la base gauche.

Percussion : matité à gauche remontant un peu au-dessous du hile.

Auscultation : expiration soufflante au sommet droit. A gauche, respiration diminuée en descendant à partir du sixième espace intercostal. Modification de la voix à partir du sixième espace intercostal, du même côté. Pectoriloquie au sommet gauche. Pas de ganglions.

OBSERVATION XVII

André B..., 5 ans. — Suivi en dispensaire. Radiographie le 2 avril 1931. La cuti-réaction faite le 25 mars 1931 s'est

avérée positive forte, avec un érythème dépassant en surface les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Le 4 mai 1931, on nous l'amène à la consultation.

Examen pulmonaire. — Auscultation : légers signes de bronchite. Respiration soufflante au sommet droit.

Au hile droit, respiration soufflante,

— bronchophonie,

— pectoriloquie aphone.

Petits ganglions cervicaux.

OBSERVATION XVIII

Joséphine C..., 10 ans. — Vient à la consultation le 6 mai 1931, pour état général médiocre.

Antécédents personnels. — Rougeole suivie de bronchopneumonie. Lorsqu'elle court, l'enfant s'essouffle facilement. Elle présente une toux aboyante et, assez fréquemment, des poussées catarrhales fébriles. L'enfant a été en contact avec une voisine qui crache continuellement.

Examen pulmonaire. — Auscultation : rudesse respiratoire aux deux sommets, surtout à droite. Respiration soufflante dans la région hilare droite où l'on décèle quelques petits râles. Signe de d'Espine positif jusqu'à D 4. Cuti-réaction positive forte. Revient le 10 juin 1931 en poussée de bronchite hilare. Nous l'examinons quelque temps après :

Examen pulmonaire. — En avant. — Inspection : thorax amaigri, légère circulation veineuse collatérale.

Palpation : rien à signaler.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : quelques ronchus disséminés.

En arrière. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : vibrations plus fortes au niveau du hile droit.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : respiration soufflante au hile droit. Pectoriloquie et bronchophonie au hile et au sommet droits. Signe de d'Espine positif jusqu'à D 3. Quelques ganglions carotidiens. Pas d'insuffisance nasale. Gorge en bon état.

OBSERVATION XIX

France M..., 11 ans et demi. — Vient à la consultation le 20 mai 1931 parce qu'elle tousse et maigrit.

Antécédents familiaux : père mort de tuberculose pulmonaire il y a cinq ans.

Examen pulmonaire. — En avant, rien à signaler.

En arrière. — Palpation : rien à signaler.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : signes de bronchite, sibillances et gros râles muqueux à la partie moyenne et supérieure du poumon gauche. Le signe de d'Espine est perçu très bas. Gorge rouge, grosses amygdales. Cuti-réaction positive forte.

22 MAI 1931.

L'enfant présente, à l'auscultation, une persistance des sibillances au sommet gauche, en avant et en arrière.

OBSERVATION XX

Jeanne D..., 6 ans et demi. — Vient à la consultation le 29 mai 1931. A beaucoup maigri. Mauvais état général. A toussé et craché. Actuellement ne crache plus. Tousse encore de temps à autre. Présente des poussées fébriles fréquentes.

Antécédents familiaux : père hospitalisé à Feuillas pour pneumothorax artificiel.

Antécédents personnels. — Varicelle il y a quatre mois. Puis coqueluche et angine.

L'examen du liquide gastrique a révélé la présence du bacille de Koch.

Examen pulmonaire. — Auscultation : faiblesse du murmure vésiculaire sans bruits surajoutés.

Pas de ganglions périphériques. Cuti-réaction positive très forte,

OBSERVATION XXI

Jean B..., 6 ans. — Vient à la consultation le 5 juin 1931.

L'enfant présente un état général médiocre, avec des yeux battus et de la fièvre. Inappétence.

Antécédents familiaux. — Parents bien portants. Trois autres enfants bien portants. L'enfant a été en contacts passagers avec un oncle mort depuis de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Vers l'âge de un an, bronchite avec fièvre et toux. Depuis, toujours faible de la poitrine. Toux. Poussées fréquentes de bronchite avec perte de l'appétit et fièvre. Dans l'intervalle des poussées, retour de l'appétit et disparition de la fièvre. Rougeole, coqueluche. Depuis un an, fréquence particulière des poussées catarrhales fébriles.

Examen pulmonaire. — En avant, rien à signaler.

En arrière. — Palpation : les vibrations vocales ne sont transmises ni à droite, ni à gauche.

Percussion : au niveau du poumon droit : submatité légère pour le tiers moyen, marquée pour le tiers inférieur, léger tympanisme au sommet.

Auscultation : diminution très accusée du murmure vésiculaire du poumon droit à partir du tiers moyen. Au sommet droit, respiration de suppléance avec parfois quelques ronchus. Signe du sou négatif. Signe de d'Espine négatif. Pas d'adénopathie cervicale marquée. Cuti-réaction positive forte.

ENFANTS APPAREMMENT SAINS

OBSERVATION I

Gabrielle B..., 6 ans. — Vue en février 1931. Enfant d'apparence solide.

Examen pulmonaire. — En avant. — Inspection : thorax normal, légère circulation veineuse à la partie supérieure.

Palpation, percussion : rien à signaler.

Auscultation : transmission de la voix un peu plus faible à gauche.

En arrière. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : vibrations un peu plus fortes au sommet et au hile droits.

Auscultation : transmission de la voix un peu plus forte à droite qu'à gauche, surtout au niveau du hile. Signe de d'Espine négatif. Gorge en bon état. Pas d'insuffisance nasale. Rares ganglions sous-maxillaires et carotidiens. Cuti-réaction négative. Nous revoyons l'enfant le 25 juin 1931.

Examen pulmonaire. — En avant. — Auscultation : respiration un peu rude au sommet gauche. Au sommet et au hile gauche échophonie, transmission parfaite de la voix haute.

En arrière. — Palpation : augmentation légère des vibrations au sommet et au hile droits.

Auscultation : respiration légèrement soufflante au sommet gauche. Souffle expiratoire au hile gauche. Bronchophonie légère au sommet et au hile droits. Pectoriloquie aphone au sommet droit. Signe de d'Espine positif jusqu'à D 4. Rares ganglions sous-maxillaires et carotidiens. Gorge en bon état, pas d'insuffisance nasale. Cuti-réaction positive faible.

OBSERVATION II

Marcelle C..., 9 ans. — Vue en mars 1931.

Examen pulmonaire. — En avant. — Inspection : thorax amaigri, légère circulation veineuse, diminution d'expansion de l'hémithorax gauche.

Palpation : diminution des vibrations à gauche.

Percussion : matité de l'hémithorax gauche.

Auscultation : respiration rude dans l'hémithorax gauche.

En arrière. — Palpation : vibrations diminuées à gauche.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : respiration plus faible et plus soufflante à gauche. Le signe de d'Espine descend fort bas. Ganglions sous-maxillaires, carotidiens et inguinaux. Muco-pus dans la gorge. Pas d'insuffisance nasale. Cuti-réaction positive moyenne.

OBSERVATION III

Agnès C..., 5 ans et demi. Vue en mars 1931. Venue à l'Assistance très jeune, âgée de quelques mois. Forte fille. Dans les antécédents on relève une rougeole.

Examen pulmonaire. — En avant. — Inspection, palpation, percussion : rien à signaler.

Auscultation : respiration un peu soufflante au hile droit. La voix haute est transmise un peu plus nettement au sommet et au hile droits.

En arrière. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : vibrations un peu plus fortes au sommet droit.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : respiration légèrement soufflante au hile droit. Signe de d'Espine négatif.

Petits ganglions sous-maxillaires et carotidiens. Gorge en bon état. Pas d'insuffisance nasale. Cuti-réaction négative.

Nous revoyons l'enfant le 26 juin 1931.

Examen pulmonaire. — En avant : signes de bronchite au sommet et au hile droits.

En arrière. — Palpation : augmentation des vibrations au sommet et au hile droits.

Auscultation : bronchophonie au sommet et au hile droits. Signe de d'Espine descend fort bas. Petits ganglions sous-maxillaires et carotidiens en grains de plomb. Gorge en bon état. Pas d'insuffisance nasale. Cuti-réaction négative.

OBSERVATION IV

Gisèle C..., 6 ans et demi. — Vue en mars 1931.

Enfant maigre. Venue à l'Assistance très jeune, âgée de quelques mois. Dans ses antécédents on relève une rougeole.

Examen pulmonaire. — En avant. — Inspection : thorax normal.

Palpation : vibrations plus fortes au sommet droit.

Percussion : submatité du poumon gauche.

Auscultation : diminution de la respiration à gauche.

Diminution de la voix haute à gauche.

En arrière. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : vibrations diminuées à gauche.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : respiration rude au hile gauche. Bronchophonie au hile droit. Légère pectoriloquie aphone en regard de la fosse sus-épineuse droite. Signe de d'Espine négatif. Quelques ganglions sous-maxillaires, carotidiens et inguinaux. Gorge en bon état, pas d'insuffisance nasale. Cuti-réaction négative.

Nous revoyons l'enfant le 27 juin 1931.

Examen pulmonaire. — En avant. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : augmentation des vibrations au sommet droit.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : respiration légèrement soufflante au sommet droit. Pectoriloquie aphone au hile droit.

En arrière. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : augmentation des vibrations au sommet et au hile droits.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : égophonie au hile gauche, pectoriloquie aphone au hile droit. Signe de d'Espine négatif. Rares ganglions sous-maxillaires. Gorge en bon état. Pas d'insuffisance nasale. Cuti-réaction négative.

OBSERVATION V

Solange D..., 9 ans. Vue en mars 1931. Forte fille.

Examen pulmonaire — En avant. — Inspection : thorax normal, amplitude normale.

Palpation : vibrations légèrement plus augmentées à l'extrémité externe des deux premiers espaces intercostaux gauches.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : rien à signaler.

En arrière : rien à signaler. Gorge en bon état, pas d'insuffisance nasale. Cuti-réaction négative.

Nous revoyons l'enfant le 24 juin 1931.

Examen pulmonaire. — En avant. — Auscultation : bronchophonie légère au sommet droit.

En arrière. — Palpation : augmentation légère des vibrations au hile et au sommet droits.

Auscultation : bronchophonie légère au sommet droit. Signe de d'Espine négatif. Pas de ganglions. Gorge en bon état. Pas d'insuffisance nasale. Cuti-réaction positive moyenne.

OBSERVATION VI

Camille D..., 12 ans et demi. Vue en mars 1931.

Examen pulmonaire. — En avant. — Inspection : dépression sous-mammaire, épaule gauche abaissée

Palpation : diminution des vibrations à gauche.

Percussion : submatité à gauche.

Auscultation : respiration un peu plus forte à droite qu'à gauche

En arrière. — Inspection : dos rond, amplitude thoracique diminuée à gauche.

Palpation : diminution des vibrations à gauche.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : Pectoriloquie aphone au niveau du hile gauche. Ganglions sous-maxillaires carotidiens. Grosses amygdales. Pas d'insuffisance nasale. Signe de d'Espine positif jusqu'à D 3. Cuti-réaction positive forte.

OBSERVATION VII

Germaine D..., 10 ans. Vue en mars 1931. Forte fille. Arrivée très jeune à l'Assistance à l'âge de quelques mois. Dans ses antécédents on relève une rougeole.

Examen pulmonaire. — En avant. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : Vibrations plus fortes à droite qu'à gauche.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : respiration un peu plus rude à gauche, quoique rude aussi à droite.

En arrière — Inspection : rien à signaler.

Palpation : vibrations plus fortes au hile et au sommet droits.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : respiration diminuée, légèrement soufflante au sommet gauche. A l'examen de la voix haute, am-

plification marquée au sommet droit. Signe de d'Espine négatif. Quelques ganglions sous-maxillaires. Gorge en bon état. Pas d'insuffisance nasale. Cuti-réaction négative.

Nous revoyons l'enfant le 29 juin 1931.

Examen pulmonaire. — En avant. — Rien à signaler.

En arrière. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : vibrations très légèrement augmentées au hile et au sommet droits.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : respiration légèrement soufflante au hile et au sommet gauches. Bronchophonie légère au sommet droit. Signe de d'Espine négatif. Pas de ganglions. Gorge en bon état, pas d'insuffisance nasale. Cuti-réaction négative.

OBSERVATION VIII

Paulette L..., 9 ans. Vue en mars 1931.

Dans ses antécédents on relève une coqueluche et une rougeole.

Examen pulmonaire. — En avant. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : vibrations un peu plus fortes au sommet droit.

Percussion : submatité à l'extrémité interne du 3^e espace intercostal gauche et au-dessus du mamelon du même côté.

Auscultation : la voix haute est un peu amplifiée à l'extrémité interne du premier espace intercostal droit.

En arrière. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : rien à signaler.

Percussion : légère submatité au hile droit.

Auscultation : respiration soufflante au hile droit. Voix haute, renforcée au hile droit. Pectoriloquie aphone au hile droit. Signe de d'Espine négatif. Rares ganglions sous-maxillaires carotidiens et inguinaux. Gorge en bon état, pas d'insuffisance nasale. Cuti-réaction positive faible.

OBSERVATION IX

Andrée L..., 9 ans. Vue en mars 1931. Forte fille.

Examen pulmonaire. — En avant. — Inspection : légère asymétrie thoracique : aplatissement et élargissement de l'hémithorax gauche.

Palpation : vibrations mieux perçues à droite qu'à gauche.

Percussion : submatité à la partie interne des premiers espaces intercostaux gauches.

Auscultation : respiration un peu soufflante au hile et au sommet droits. La voix haute est mieux transmise au sommet droit. Légère pectoriloquie aphone au sommet droit.

En arrière. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : vibrations mieux perçues à droite.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation :

Pectoriloquie aphone à la partie supérieure du hile droit. Signe de d'Espine positif jusqu'à D 4. Assez gros ganglions sous-maxillaires et carotidiens. Grosses amygdales. Pas d'insuffisance nasale. Cuti-réaction négative.

Nous revoyons l'enfant le 24 juin 1931.

Examen pulmonaire. — En avant. — Inspection : aplatissement et élargissement de l'hémithorax gauche.

Palpation : rien à signaler.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : respiration un peu soufflante au sommet et au hile droits. Bronchophonie au sommet droit. Pectoriloquie aphone dans la même région.

En arrière. — Inspection, palpation, percussion, rien à signaler.

Auscultation : respiration légèrement soufflante au sommet et au hile droits. Bronchophonie dans les mêmes régions. Pectoriloquie dans les mêmes régions, plus marquée au sommet. Signe de d'Espine ébauché. Assez gros ganglions sous-maxillaires et carotidiens. Grosses amygdales. Pas d'insuffisance nasale. Cuti-réaction négative.

OBSERVATION X

Anna P..., 11 ans. Vue en mars 1931.

Examen pulmonaire. — En avant : rien à signaler.

En arrière. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : vibrations plus fortes à droite.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : respiration un peu soufflante à droite. Pectoriloquie aphone à droite. La voix haute est mieux perçue dans la fosse sus-épineuse du même côté. Signe de d'Espine négatif. Ebauche d'une chaîne ganglionnaire carotidienne. Gorge en bon état. Pas d'insuffisance nasale. Cuti-réaction positive moyenne.

OBSERVATION XI

Suzette P..., 7 ans. Vue en mars 1931. Aspect extérieur de parfaite santé.

Antécédents familiaux. — Frère et sœur bien portants.

Examen pulmonaire. — En avant. — Inspection, palpation, percussion : rien à signaler.

Auscultation : expiration légèrement soufflante dans le premier espace intercostal droit. La voix haute est amplifiée dans les trois premiers espaces intercostaux droits. Pectoriloquie aphone dans les deux premiers espaces intercostaux droits.

En arrière. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : augmentation des vibrations à droite.

Percussion : légère submatité dans l'espace inter-scapulo-vertébral droit.

Auscultation : diminution du murmure vésiculaire à droite. Léger souffle expiratoire au niveau de la fosse sus-épineuse droite. Renforcement de la voix haute dans l'espace inter-scapulo-vertébral droit. Pectoriloquie aphone au même niveau. Signe de d'Espine descend fort bas. Ganglions sous-maxillaires carotidiens. Amygdales en mauvais état; mucopus dans le pharynx. Pas d'insuffisance nasale. Cuti-réaction fortement positive.

OBSERVATION XII

Paulette U..., 9 ans. — Vue en mars 1931.

Examen pulmonaire. — En avant. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : vibrations mal perçues, plus fortes cependant dans le creux sus-claviculaire droit.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : respiration un peu rude dans tout le poumon droit. Transmission de la voix haute légèrement plus forte à droite qu'à gauche.

En arrière. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : vibrations un peu plus fortes à droite.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : respiration un peu rude au hile droit. Retentissement de la voix haute au hile droit. Pectoriloquie aphone dans la même région. Ebauche de chaîne ganglionnaire carotidienne. Signe de d'Espine négatif. Gorge en mauvais état. Amygdales saillantes, surtout à gauche. Pas d'insuffisance nasale. Cuti-réaction, positive moyenne.

OBSERVATION XIII

Jacqueline Y..., 4 ans. Vue le 8 juin 1931. Cuti-réaction, faite il y a huit jours, positive très forte.

Bon état général. A été nourrie par la mère, tuberculeuse, pendant un an.

Antécédents familiaux. — Mère morte de tuberculose pulmonaire il y a deux mois. Père bien portant.

Examen pulmonaire. — A peu près négatif.

Petits ganglions cervicaux en grains de plomb. Gorge en bon état. Pas d'insuffisance nasale.

OBSERVATION XIV

Pierre L..., 5 ans et demi. Vu le 22 juin 1931.

Apparence de parfaite santé.

Examen pulmonaire — En avant. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : vibrations plus fortes au sommet et au hile droits.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : respiration très légèrement soufflante au sommet droit. Bronchophonie au même niveau.

En arrière. — Inspection, palpation, percussion : rien à signaler.

Auscultation : respiration soufflante au sommet et au hile gauches. Pas de ganglions. Gorge en bon état. Pas d'insuffisance nasale. Signe de d'Espine négatif. Cuti-réaction négative.

OBSERVATION XV

Gérard M..., 7 ans. Vu le 22 juin 1931.

Apparence de parfaite santé.

Examen pulmonaire. — En avant. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : vibrations légèrement augmentées au hile et au sommet droits.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : respiration légèrement plus forte au sommet droit. Légère bronchophonie au même niveau.

En arrière. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : vibrations augmentées au hile et au sommet droits.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : respiration soufflante aux hiles et aux sommets plus marquée au hile et au sommet gauches. Bronchophonie au sommet droit. Pectoriloquie au hile et au som-

met droits. Rares ganglions sous-maxillaires et carotidiens en grains de plomb. Gorge en bon état. Pas d'insuffisance nasale. Signe de d'Espine négatif. Cuti-réaction négative.

OBSERVATION XVI

Lucien T..., 7 ans. Vu le 22 juin 1931.

Apparence de parfaite santé.

Examen pulmonaire. — En avant : rien à signaler.

En arrière. — Inspection : rien à signaler.

Palpation : augmentation des vibrations au hile et au sommet droits.

Percussion : rien à signaler.

Auscultation : respiration, soufflante au hile gauche, légèrement diminuée au sommet gauche. Bronchophonie légère au hile et au sommet gauches. Signe de d'Espine positif jusqu'à D 3. Pas de ganglions. Gorge en bon état. Pas d'insuffisance nasale. Cuti-réaction positive moyenne.

CHAPITRE III

Critique des signes stéthacoustiques trouvés.

Nous prendrons le plan habituellement suivi pour les examens cliniques de malades.

Signes physiques.

Inspection : l'extrême variabilité de la circulation veineuse en fait un signe très inconstant et auquel on ne saurait attacher de détermination.

Palpation : l'exagération des vibrations vocales à la voix haute n'est pas forcément pathognomonique de condensation. Difficile d'ailleurs à apprécier souvent suivant les sujets, elle est normale à droite. Du reste, elle n'a que peu d'importance dans les lésions discrètes.

Percussion : quant à la matité ou la submatité de l'espace interscapulo-vertébral, elle est trop sujette à variations pour entrer dans la composition d'un tableau précis de condensation hilaire.

Auscultation : en général, en présence de certains signes physiques comme la respiration soufflante traduisant une augmentation de la densité du parenchyme, au lieu de dire infiltration, il serait beaucoup plus prudent d'employer le terme condensation, qui ne préjuge en rien de la modalité anatomique du processus et qui permet d'envisager trois alternatives : la congestion, la splénisation et la sclérose.

L'évolution éventuelle de ces signes physiques s'associant à des signes généraux indiquerait une lésion en évolution.

Le signe de d'Espine est d'une variabilité déconcertante. Il apparaît parfois à la fin des poussées hilaires.

Le souffle expiratoire au hile se retrouve chez nombre d'enfants bien portants.

A ce propos, citons les termes de M. le Professeur Sergent : « C'est dans la région hilaire (cf. p. 11 bis) qu'on devra surtout faire porter l'exploration lorsqu'on voudra étudier les caractères du bruit expiratoire. Or, lorsqu'on ausculte la région hilaire, on entend chez l'individu sain un bruit intense très différent du murmure vésiculaire doux et moelleux; ce bruit intense, qui a son maximum pendant l'expiration, a les caractères d'un souffle, souffle léger sans doute, mais souffle; c'est le souffle respiratoire normal qu'il faut se garder de confondre avec le souffle bronchique pathologique qui est beaucoup plus intense; mais en réalité la différence se résume en une question de degré, qu'on ne peut apprécier qu'avec une habitude et une expérience suffisantes.

» D'ailleurs, ce souffle hilaire normal varie dans son intensité avec l'amplitude et la force des mouvements respiratoires, d'une part, et, d'autre part, avec le degré d'épaisseur des parties molles qui recouvrent la cage thoracique.

» C'est ainsi que chez l'enfant dont le thorax est étroit, dont les bronches sont relativement larges et rapprochées de la paroi, dont les couches musculaires et cellulo-graisseuses sont peu épaisses, dont la respiration costale est large et ample, le bruit respiratoire est perçu avec une intensité particulière; cette respiration *puérile* a son maximum dans la région hilaire où elle est assez accentuée pour faire croire parfois à l'existence d'un souffle d'adénopathie trachéo-bronchique.

» L'auscultation de la toux et de la voix décèle des constatations de même ordre. La toux est un phénomène expiratoire; il est donc vraisemblable a priori qu'elle s'accompagnera d'un retentissement particulier si on l'ausculte dans la région de choix pour l'exploration des bruits expiratoires; c'est précisément ce qu'on peut constater chez l'individu normal dont la toux éclate bruyamment sous l'oreille appliquée dans la région hilaire. De même, la voix est perçue dans cette région avec un retentissement plus vibrant que partout ailleurs dans la cage thoracique; d'origine glottique, les vibrations vocales se transmettent le long de la trachée et des bronches; il est naturel qu'elles soient perçues d'autant plus vivement que la région explorée est plus accessible et plus proche à la fois du point d'origine; c'est le cas pour la région hilaire. Lorsque le sujet parle à voix basse (voix chuchotée) l'oreille perçoit parfois un murmure indistinct, une sorte de vague susurrement, mais ne distingue pas les mots ni les syllabes prononcées; encore ce murmure n'est-il perçu que si l'oreille est appliquée directement sur les vertèbres mêmes (2^e à 5^e V. D.) et il ne peut être comparé en aucune façon au chuchotement nettement articulé qui mérite seul le nom de pectoriloquie aphone et qui est un signe sûrement pathologique... »

Signes fonctionnels.

Les signes classiques de compression, du reste fort rares, impliqueraient de graves lésions à pronostic redoutable.

Signes généraux.

On relève souvent le syndrome d'infection bacillaire avec état subfébrile et anémique, mauvaise nutrition coexistant ou non avec des poussées de bronchite ayant une apparence banale. Ce syndrome peut être en rapport avec la tuberculose ganglionnaire, après avoir éliminé les affections du nez et celles du pharynx.

En résumé, il découle naturellement de nos observations qu'il faut tenir compte chez l'enfant de nombreuses contingences au point de vue examen clinique :

L'enfant ne sait pas respirer. Il est souvent difficile d'apprécier toute l'étendue de l'expansion thoracique variable chez lui d'un moment à l'autre. De même, lorsqu'on le fait compter en pratiquant la palpation, il lui est difficile de maintenir les sons à une tonalité à peu près égale. Il s'ensuit parfois que les vibrations ne sont perçues ni à droite ni à gauche ou différemment à droite et à gauche.

De même, à l'auscultation, il faut tenir compte de l'état du sujet (les bruits respiratoires étant beaucoup mieux transmis chez un enfant maigre) et éliminer la propagation des bruits que souvent l'enfant produit au niveau de sa glotte.

Il faut distinguer avec soin le retentissement de la voix, de la bronchophonie qu'on confond souvent ensemble.

Le premier n'est pas pathologique et peut tenir à des circonstances accidentelles telles qu'une voix très forte ou très basse ou un thorax amaigri. Chez l'enfant normal, la transmission généralement est forte au niveau des deux sommets.

La respiration bronchique résulte de la perception du bruit de l'air passant dans les grosses bronches, lequel transmis à l'oreille grâce à une densification du tissu pulmonaire se substitue au murmure vésiculaire. On peut dire alors qu'il existe un souffle. Le souffle s'accompagne toujours de pectoriloquie aphone. Dans ce cas, celle-ci indique qu'il s'agit bien d'une densification plus ou moins marquée du tissu pulmonaire permettant la transmission directe à l'oreille des bruits bronchiques.

La cuti-réaction a une valeur très relative si l'on admet que tous les enfants, à partir de l'infection initiale, présentent une réaction positive. En effet, chez ceux de 5 à 13 ans, que nous avons vus, un nombre non négligeable conserve à plusieurs reprises une cuti-réaction-négative, sans cependant que cette réaction soit justifiée par un état d'anergie ou de déchéance organique.

CHAPITRE IV

Qu'est-ce qu'on peut voir sur une radiographie en négatif du champ pulmonaire ?

Lorsqu'on substitua à la radioscopie la radiographie on y vit de suite plus clair. On se rendit compte combien l'interprétation radioscopique était incomplète : la radioscopie et la clinique avaient des insuffisances égales. L'étude radiographique ajoute toujours quelque chose. Une question se pose immédiatement : que voit-on sur un film radiographique du champ pulmonaire ? du blanc, du noir et du gris. La distribution pittoresque de ces teintes différentes arrive à délimiter des aires à formes variées ou des lignes.

Ombres ganglionnaires.

Est-ce qu'un ganglion malade peut donner une ombre ? Un ganglion isolé succulent peut passer inaperçu, mais un agglomérat de ganglions assez important avec gangue de périadénite est toujours décelable.

Lorsque cet agglomérat est mi-sclérosé, mi-succulent, il se traduira par une ombre floue, grisâtre, à limites imprécises, irrégulières, en fleur de mimosa.

Si le groupe est calcifié (lésion ancienne) on a une ombre blanche très franche.

Le ganglion peut apparaître sous une forme ronde ou oblongue, de couleur grise :

Unique : c'est le raisin de Corinthe appendu à une branche, en l'occurrence un trajet bronchique ;

En grappe, c'est l'agglomération de plusieurs ganglions.

On peut avoir l'aspect vraie grappe ou l'aspect masse compacte, suivant l'importance faible ou forte du travail de réaction.

Ombres diverses.

On trouve dans ce cas des formes oblongues ou rondes :

Oblongues :

Grises et en grain de mil.

Ce peut être :

Des vaisseaux enflammés, obstrués, en coupe transversale;

De petits ganglions enflammés;

Des granulations indéterminées, sans préjuger de leur nature anatomo-pathologique.

Nous estimons qu'il est presque impossible de faire la discrimination entre un ganglion légèrement hypertrophié et un vaisseau vu en coupe transversale.

Rondes :

Non homogènes avec centre noir et périphérie grise ou blanche.

Dimension d'une lentille avec forme régulière : on a affaire dans ce cas à une bronche en coupe transversale ou à un début de ramollissement du parenchyme.

Dimension d'une pièce de monnaie : on a affaire dans ce cas à une caverne pulmonaire.

Faisceaux :

Nous ne pouvons mieux faire à ce sujet que de rapporter ici l'opinion de De Abreu :

« Normalement, on observe un aspect en faisceau qui part de l'ombre hilaire et se dirige en éventail vers le diaphragme.

» Dans certains cas pathologiques, cette image, *beaucoup plus abondante et plus opaque*, se détache alors nettement.

» Les faisceaux siègent, en général, aux lobes inférieurs dans lesquels les arbres broncho-vasculaires sont plus volumineux et plus souvent atteints d'épaississement et de dilatation. »

Une teinte foncée homogène fait penser à un processus ancien fixé ; une teinte floue, à un processus évolutif.

Les examens radiographiques suivants correspondent aux observations précédentes et ont été, par conséquent, classés en deux groupes : examens d'enfants malades et examens d'enfants apparemment sains.

Pour les enfants venant à la consultation et qu'il fut difficile de bien suivre, nous n'avons pu obtenir, en général, qu'une seule radiographie.

Pour les autres, nous avons fait prendre deux clichés séparés par un laps de temps assez long.

Examens radiographiques des enfants malades.

OBSERVATION I. — JUILLET 1930.

Vue de face.

Régions hilaires un peu diminuées de perméabilité surtout à droite, avec hiles chargés émettant des prolongements trop longs et trop larges. Dans le paquet hilaire droit, masse en voie de calcification ayant le volume d'un gros pois.

29 AVRIL 1931.

Vue de face.

A droite, hilite (1) comportant des images bronchiques, des images ganglionnaires et des images de réaction du tissu cellulaire. Plus haut et en dehors, lésions de bronchite et péribronchite. En bas, rien à signaler.

A gauche, gros noyau entre les arcs postérieurs des quatrième, cinquième et sixième côtes en dehors de l'ombre aortique. Ce noyau est constitué de bronches à parois hyperplasiées réunies par un ciment de sclérose ou d'infiltration. Quelques images ganglionnaires disséminées à la partie moyenne. Ailleurs, lésions diffuses de péribronchite. Médiastinite se projetant en bande latérale.

Vue de profil.

Très gros bouquet de bronches à parois épaissies. Nombreuses images ganglionnaires du groupe intertrachéo-bronchique. Réaction diffuse du tissu cellulaire.

(1) Nous donnons une fois pour toutes la définition du terme hilite : c'est la participation réactionnelle effective de tous les éléments constitutifs du hile, y compris le tissu cellulaire.

OBSERVATION II. — 17 OCTOBRE 1930.

Vue de face.

A droite, semis de masses arrondies au niveau du hile droit. Dans la partie inférieure de l'hémithorax et irradiant du hile se dessinent d'importantes traînées de péri-bronchite dont la teinte gris-pâle pourrait bien indiquer un processus en évolution. Dans la partie supérieure en coupe transversale, on aperçoit de nombreuses bronches à parois moyennement épaissies.

A gauche, de la partie supérieure du hile se dirigeant vers le sommet du poumon s'étalent en éventail des trajets bronchiques très fortement hyperplasiés. On aperçoit, en coupe transversale, quelques bronches dont le calibre est considérablement réduit, par suite de l'épaississement de la paroi. A la base, léger voile se raccordant à droite avec la pointe du cœur.

21 NOVEMBRE 1930.

Vue de face.

Les lésions ont pris une expansion considérable.

A droite, au niveau du hile, on constate l'existence d'une espèce de chenille qui s'étend assez bas, parallèlement au bord droit du cœur et qui présente des contours déchiquetés. Dans cette masse hilaire, on aperçoit de petits éléments tranchant sur le fond gris et qui, vraisemblablement, représentent des images ganglionnaires. De plus, on note çà et là, en coupe transversale des bronches dont le calibre est considérablement réduit par suite de l'hyperplasie dont est atteinte leur paroi.

Les lésions de péribronchite réparties au sommet semblent s'être accentuées depuis la dernière radiographie. Dans le même ordre d'idées, l'hémithorax droit est recouvert d'un voile assez épais.

A gauche. — Depuis la dernière radiographie, le poumon s'est considérablement dégagé. Les lésions de péri-bronchite signalées précédemment au sommet paraissent s'être atténuées. On note à la partie supérieure du hile quelques masses arrondies ou oblongues qui paraissent constituées d'un agglomérat de ganglions entouré d'une gangue de périadénite dont la teinte gris-pâle indiquerait un processus en évolution. Ajoutons que, au-dessus du bord supérieur de la cinquième côte et près du bord du cœur se trouve une masse ganglionnaire que l'on n'avait point trouvée sur la radiographie précédente.

19 JANVIER 1931.

Vue de profil.

Au niveau de la bifurcation trachéale on trouve deux masses ganglionnaires superposées qui paraissent avoir subi un début de calcification. Pinceau excessivement compact de bronches avec péribronchite très importante descendant du hile vers la partie inférieure de l'espace rétro-cardiaque.

OBSERVATION III. — 6 DÉCEMBRE 1930.

Vue de face.

Lésions de péribronchite sur tout l'hémithorax droit et sur les deux tiers supérieurs du poumon gauche. Assez loin des hiles on remarque de petites images miliaries (1). Médiastinite se projetant en bande latérale.

La vue de profil ne nous éclaire pas particulièrement.

(1) Le terme « image miliaire » indique pour nous quelque chose de très petit. Cette image peut représenter soit des vaisseaux vus en coupe transversale, soit de petits ganglions enflammés, soit des petites masses oblongues, indifférenciées, sans préjuger, le moins du monde, de leur nature anatomo-pathologique.

OBSERVATION IV. — 12 JANVIER 1931.

Vue de face.

A droite, hilite très accentuée prolongée vers la base par une image en chenille. Nombreuses images de bronches vues en coupe transversale et à parois assez fortement hyperplasiées. De la partie supérieure de l'image hilare partent des ramifications bronchiques en éventail dont la paroi est fortement épaissie. A la partie inférieure, réaction marquée du tissu cellulaire. Un peu partout, sur toute l'étendue de l'hémithorax, on trouve de petites granulations. Léger voile à la partie inférieure du poumon droit. Bande de médiastinite latéralement visible. Les côtes ont une obliquité beaucoup plus marquée que de l'autre côté.

A gauche, lésions beaucoup moins marquées. On remarque un éventail bronchique se dirigeant de la région hilare vers le sommet. Dans la moitié supérieure du poumon, images ganglionnaires et images bronchiques avec paroi fortement épaissie. Dans le sixième espace intercostal, à deux centimètres du bord gauche du cœur, se trouve une masse allongée parallèle à l'obliquité des bronches qui semble formée d'une gangue de périadénite englobant des bronches et de petits ganglions.

21 JANVIER 1931.

Vue de face.

Les deux poumons, voilés, ont pris une teinte nettement foncée. Sur ce fond obscur tranchent les images hilaires et les lésions qui les accompagnent.

A droite. — Longue et large chenille hilare d'aspect tourmentée dans laquelle on distingue quelques masses ganglionnaires et en coupe transversale quelques bronches à parois épaissies. Tout autour de ces éléments, réaction cellulaire assez marquée. Des extrémités supérieure

et inférieure de la chenille hilaire partent en irradiant vers le sommet et la base des bronches assez fortement épaissies.

A gauche, les lésions sont moins marquées, et du reste plus difficilement visibles à travers le voile qui recouvre le poumon. Se projetant sur l'arc postérieur de la sixième côte, on trouve une zone de périadénite. De la partie supérieure de cette zone irradient vers le sommet des trajets bronchiques fortement hyperplasiés. De la partie moyenne du hile se dessinent également des trajets bronchiques reliés entre eux par une réaction cellulaire et formant ainsi un espèce de ruban qui descend vers la base en suivant exactement la courbure de la pointe du cœur.

28 JANVIER 1931.

Vue de face.

Les poumons se sont un peu éclaircis.

A droite, les proportions de la chenille hilaire ont augmenté en largeur. Les masses ganglionnaires y prennent une importance assez considérable. Dans les cinquième et sixième espaces intercostaux et au-devant de la septième côte, masses ganglionnaires bien limitées. Toutes ces masses sont entourées d'une réaction du tissu cellulaire. De la partie supérieure du hile, partent en divergeant vers le sommet, des bronches, à trajet épaissi. De la partie inférieure, descendent aussi vers le diaphragme, des trajets bronchiques qui ont réagi.

A gauche, de la partie supérieure du hile partent des trajets bronchiques considérablement épaissis. La lumière paraît comblée. Quelques rares images ganglionnaires disséminées. Il ne paraît pas y avoir une réaction bien forte du tissu cellulaire au niveau du hile.

11 FÉVRIER 1931.

Vue de face.

A droite. — Masse hilaire à contours beaucoup plus

flous que dans la radiographie précédente. Il semble qu'elle ait un peu fondu.

Par contre, le voile sur lequel reposaient les images hilaires s'est fortement étendu. Le sommet est constellé de petites masses arrondies qui ont l'air d'être appendues aux trajets bronchiques. Se détachant très nettement, et partant de l'extrémité supérieure de l'image hilaire, on remarque une bronche verticale dont la lumière est complètement comblée. Bande de médiastinite latéralement visible.

A gauche. — Lésions moins marquées. On aperçoit toujours partant de l'extrémité supérieure du hile des bronches à paroi considérablement épaissie. Mais cet épaississement est devenu beaucoup plus flou. Le ruban qui contournait le sommet du cœur donne aussi l'impression d'avoir fondu. Des deux côtés, léger épaississement de la coque pleurale.

OBSERVATION V. — 6 JANVIER 1931.

A droite. — Hilite de degré moyen. Nombreux ganglions. Sur le tiers supérieur de l'hémithorax, réaction de péribronchite à laquelle se surajoute un voile qui peut être, soit une nappe de congestion pulmonaire, soit un épaississement léger de la plèvre.

A gauche. — Le hile est caché par le cœur. Gros ganglions situés le long du bord spinal de l'omoplate en face de la naissance de l'épine. Quelques réactions péribronchiques.

OBSERVATION VI. — 12 FÉVRIER 1931.

Vue de face.

A droite, on trouve toutes sortes de lésions, moins la caverne. On trouve disséminés un peu partout de la réaction bronchique, des ganglions et des images miliaries (cf. p. 68, obs. III) qui pourraient bien être l'expression d'un processus d'infiltration.

A gauche, on retrouve les mêmes signes avec moins d'images miliaries et qui vont en se raréfiant progressivement à mesure qu'on descend du sommet vers la base. A la partie supérieure de la tache hilaire, on trouve entre la quatrième et la sixième côte deux bandes de condensation épaisses, presque verticales et dont les extrémités supérieures sont réunies par une bande transversale. S'agit-il là d'une zone de parenchyme sain encerclé par une bande de sclérose ou de la zone périphérique d'une caverne en formation ? Nous ne saurions nous prononcer.

La vue de profil donne un supplément d'informations sur la figure que nous venons de décrire. On la retrouve affectant une forme d'amande. En la détaillant, on voit qu'elle est constituée par des bronches dont les parois ont fortement proliféré : ces images bronchiques se succèdent en forme d'anneaux périphériques autour d'un noyau uniformément gris. A ce niveau, on peut redouter dans quelque temps, une excavation pulmonaire. Les taches miliaries sont particulièrement visibles au niveau de la base, en arrière du cœur, et un peu au-dessous des dernières vertèbres dorsales.

OBSERVATION VII. — 26 MARS 1931.

Vue de face.

A droite : bronchite et péribronchite généralisée.

A gauche : bronchite et péribronchite dans la moitié supérieure de l'hémithorax. Très peu de signes ganglionnaires des deux côtés. Cœur attiré à droite par un ruban latéral de médiastinite.

Vue de profil.

Un ganglions calcifié invisible de face. Au niveau de la bifurcation bronchique on aperçoit plusieurs ganglions qui, eux aussi, n'étaient pas visibles de face. Bronchite et péribronchite diffuse.

OBSERVATION VIII

La radiographie n'a pu être faite.

OBSERVATION IX. — 21 MARS 1931.

Vue de face.

A droite : hilite. Entre le hile et le sommet péribronchite.

A gauche : mêmes signes reposant sur fond gris avec une plage affectant une forme grossièrement triangulaire à base périphérique et à sommet hilaire. Les réactions hilaires se confondent avec l'augmentation de densité du reste du champ pulmonaire opacifié. La forme de toute la surface pathologique fait penser à la pneumonie.

Vue de profil.

Au niveau des hiles, gros noyau d'ombres étoilées se détachant sur fond gris.

Ce noyau est si épais que les ombres cardio-vasculaires ne peuvent plus être identifiées. ,

OBSERVATION X. — 29 MARS 1931.

Vue de face.

A droite, hilite marquée, sans grosses masses ganglionnaires, se manifestant surtout par la réaction du tissu médiastinal dont une bande latérale borde la partie interne du tiers supérieur du poumon. En bas, péribronchite légère s'étendant parallèlement au rebord de l'ombre cardiaque.

Sur toute l'étendue de l'hémithorax, obscurité peu marquée.

A gauche, lésions de péribronchite assez marquées partant de l'extrémité supérieure du hile. Au sommet, quelques rares images ganglionnaires.

Vue de profil.

Buisson de bronches hyperplasiées au-dessous de la bifurcation trachéale. Quelques noyaux de périadénite irrégulièrement disséminés à la partie inférieure de l'espace prévertébral. Derrière la trachée et au-dessus de sa bifurcation, masse importante qui peut traduire une zone d'irritation pleurale ou médiastinale. Aux sommets, images de bronchite et péribronchite.

OBSERVATION XI. — 31 MARS 1931.

Vue de face.

A droite : hilite notable. En dehors du hile, réaction péribronchique de faible intensité, mais généralisée. Il n'y a pas de raisons légitimant la submatité à la base. Le sommet présente un flou qui peut être interprété ou, com-

me un épaississement de la coque pleurale, ou comme de la congestion.

A gauche, à la base, obscurité qui peut représenter soit un épanchement, soit, plus vraisemblablement, de la splénisation. Au sommet, mêmes lésions qu'à droite; au hile, réaction très intense. Ailleurs, réaction péribronchique très modérée. Le profil ne nous apporte aucun renseignement complémentaire.

OBSERVATION XII. — 27 AVRIL 1931.

Vue de face.

Hilite droite. Entre le hile et le sommet, images de bronches à parois hyperplasiées. Bande de médiastinite latérale très mince à gauche, un peu plus marquée à droite.

Vue de profil.

Montre de la péribronchite et quelques taches arrondies vraisemblablement ganglionnaires.

OBSERVATION XIII. — 20 AVRIL 1931.

Vue de face.

Hilite très limitée à gauche, très marquée à droite. Les ombres bronchiques, des deux côtés, l'emportent de beaucoup sur les ombres ganglionnaires. L'empâtement réunissant les ombres hilaires aux réactions latérales du médiastin est remarquable, surtout entre la partie postérieure des quatrième et cinquième côtes. En dehors de cet empâtement, les taches bronchiques présentent une disposition grossièrement arrondie. A gauche, en face du quatrième espace intercostal et de la cinquième côte, on peut craindre à ce niveau la formation d'une caverne.

Dans le troisième espace intercostal droit, en face de l'arc postérieur et de la cinquième côte, et dans le sixième espace intercostal du même côté, images cycliques dont le centre représente un tissu peu opaque et dont la périphérie est faite de tissu densifié. On peut songer à une ébauche de caverne ou à un bloc de tissu normal entouré d'un sertis de sclérose.

La vue de profil ne nous éclaire pas particulièrement.

OBSERVATION XIV. — 23 AVRIL 1931.

Vue de face.

Hilite double, beaucoup plus marquée à droite qu'à gauche, surtout composée d'un agglomérat de petites images arrondies, de bronches avec péribronchite, particulièrement à la partie moyenne et inférieure de la tache hilare. Le tout noyé dans une nappe grise traduisant la réaction du tissu cellulaire. Entre la partie supérieure de la chenille hilare et la clavicule, large bande de médiastinite latéralement visible. Disséminées dans tout l'hémi-thorax, images de bronchite et péribronchite avec quelques taches arrondies entre la cinquième et la septième côte.

A gauche : tache arrondie plus grosse et plus opaque en voie de calcification, au-dessous de la partie moyenne de C-9. Images de bronchite et péribronchite avec quelques taches arrondies entre la troisième et la cinquième côte.

Vue de profil.

Tout le médiastin postérieur est obstrué par les images dues à la réaction inflammatoire rayonnant des taches hilaires.

OBSERVATION XV. — 2 JUIN 1931.

Vue de face.

A droite. Le bord du cœur, qui est très volumineux, se confond insensiblement à sa partie supérieure avec un voile qui recouvre toute la partie moyenne de l'hémithorax. On aperçoit débordant en haut cette masse des bronches irradiant en éventail et à parois hyperplasiées. Bande de médiastinite latéralement visible. Cette médiastinite a attiré le cœur à droite. Comme d'autre part une bande de scissurite moyenne réalisant une symphyse partielle a amené un aplatissement considérable de l'hémithorax droit avec obliquité très marquée des côtes, il s'ensuit que la partie du cœur débordant à droite le rachis, comble presque totalement l'aire pulmonaire du même côté.

Il semble bien que toutes ces lésions doivent être mises sur le compte d'une hilete considérable. On peut même penser à une infiltration parenchymateuse. Quelques masses de périadénite à la base.

A gauche : tout le sommet est strié par les bronches qui montent du hile vers le sommet et dont les parois sont considérablement épaissies. En outre, à gauche de ces grosses lésions, on perçoit des taches suspectes qui peuvent traduire un début d'infiltration du parenchyme. Au hile, réaction de périadénite légère. De la partie inférieure du hile, et se dirigeant vers la base, se dessinent de rares bronches à trajet légèrement épaissi.

Vue de profil.

Toute la partie inférieure du film représente un voile très épais au travers duquel ne se manifeste aucune image. Au niveau et derrière la bifurcation de la trachée, grosse masse à contour polycyclique. Par ailleurs, lésions de péribronchite considérablement marquées.

OBSERVATION XVI. — 4 MAI 1931.

Vue de face.

Hilite double plus étendue à gauche. Les tissus ou organes qui paraissent avoir le plus réagi, sont très probablement les ganglions et le tissu cellulaire. Des zones hilaires partent en haut et en bas des tractus bronchiques dont les arborescences sont surtout visibles sur la moitié supérieure de l'hémithorax droit, montrant ainsi que les réactions hilaires se sont accompagnées aussi de réaction bronchique diffuse.

A gauche, voile assez homogène entre les sixième et neuvième côtes; puis voile plus marqué au-dessous de la neuvième côte. Peut-être peut-on voir là l'indication d'une nappe liquide étalée dans la plèvre.

10 MAI 1931.

Persistance des signes : cette fois, la hilite paraît plus étendue et plus grave à droite, par suite de la présence de taches surajoutées qui n'existaient pas sur la radiographie précédente, notamment à la région moyenne. Ces taches sont constituées par des blocs arrondis ou triangulaires clairs, entourés d'anneaux opaques.

Vue de profil.

Médiastin très assombri. On ne peut dire si c'est dû à une adénopathie médiastinale ou à la projection des adénopathies hilaires.

16 MAI 1931.

Vue de face.

Légère diminution de la perméabilité à la base gauche, en nappe, mais à peine perceptible, on ne la devine que lorsqu'on connaît les signes trouvés à l'examen pulmonaire. La hilite double est moins marquée que précédemment. Cependant, la présence de ganglions en réac-

tion est très visible sur toute la moitié supérieure de la tache hilaire droite. .

Au-dessus et en dehors, surtout au niveau de la région moyenne, entre les arcs antérieurs de la troisième et quatrième côte, les parois bronchiques paraissent avoir réagi et entre leurs tractus on voit un piqueté miliaire (cf. p. 68, obs. III) qui peut exprimer une infiltration parenchymateuse.

OBSERVATION XVII. — 2 AVRIL 1931.

Vue de face.

Hilite bilatérale.

A droite : sur toute l'étendue de l'hémithorax, réseau très serré de sclérose (mie de pain serrée).

A gauche : la hilite repose sur un fond gris assez étendu qui peut être la manifestation d'une zone congestive allant du hile à l'aisselle. Au niveau de la région sous-claviculaire, images de bronches hyperplasiées ainsi qu'à la base.

OBSERVATION XVIII. — 19 JUIN 1931.

Vue de face.

A droite, hilite très intense et très étendue avec péri-bronchite généralisée. Nappe grise unissant entre elles des images bronchiques, d'un gris léger sur la moitié inférieure de l'hémithorax, beaucoup plus foncé sur la moitié supérieure.

Cette grisaille peut représenter un épaissement pleural, une zone de congestion pulmonaire ou d'infiltration du parenchyme. Certains contours semblent dessiner des blocs de congestion beaucoup plus intense sur le tiers supérieur que sur le tiers inférieur.

A gauche : hilité moins intense qu'à droite. Les dimensions des images ganglionnaires sont plus grandes qu'à droite. Réaction péribronchique de degré modéré généralisée à la moitié supérieure de l'hémithorax.

OBSERVATION XIX. — 21 MAI 1931.

Vue de face.

A gauche : gros bouquet très touffu de tractus bronchiques. Images de bronches avec péribronchite partant du hile et se dirigeant en haut et en dehors sous forme d'un buisson épais. Image cyclique à la base, au niveau du cul-de-sac cardio-diaphragmatique.

A droite : bronchite et péribronchite très intenses. Images en mie de pain. Quelques ganglions. Cœur attiré à droite par une bande de médiastinite latéralement visible.

Vue de profil.

Bronchite et péribronchite avec images ganglionnaires surtout à la partie supérieure du buisson bronchique.

OBSERVATION XX

La radiographie faite avant notre examen montre un léger voile avec traînées de péribronchite. Quelques taches ganglionnaires des deux côtés, surtout marquées à gauche.

OBSERVATION XXI. — 17 JUIN 1931.

Vue de face.

A droite : séquelles sur la moitié inférieure pouvant manifester un épanchement pleural ou une spléno-pneumonie. Sur la moitié supérieure de l'hémithorax, péri-

bronchite modérée. Au sommet, épaissement de la coque pleurale. De plus, hilite modérée avec réaction de la partie latérale du médiastin.

A gauche : péribronchite hilaire modérée s'étendant à la moitié supérieure de l'hémithorax. Un léger voile sur le sommet révélerait l'existence d'un mince épaissement de la coque pleurale.

Vue de profil.

Ganglions visibles et de petit volume. Péribronchite hilaire modérée.

Examens radiographiques des enfants apparemment sains.

OBSERVATION I. — 26 FÉVRIER 1931.

Vue de face.

A droite : chenille hilaire très allongée avec réaction moyenne du tissu cellulaire. Sur le fond de cette réaction se dessinent des lumières et des trajets bronchiques qui ont assez fortement réagi, et de petits ganglions dont certains sont assez bien isolés. De la partie supérieure de la tache hilaire se détache un éventail bronchique avec hyperplasie modérée. Bande de médiastinite latéralement visible.

A gauche, s'élevant du hile au-dessus du bord de l'ombre cardiaque, on aperçoit quelques bronches ayant modérément réagi avec, dans le quatrième espace intercostal, une petite masse quadrilatère qui semble un noyau de périadénite.

Vue de profil.

Se détachant au-dessous de la bifurcation de la trachée des trajets bronchiques considérablement épaissis et reliés entre eux par une réaction du tissu cellulaire. Voile assez épais autour de la bifurcation de la trachée, en avant et en arrière.

26 JUIN 1931.

Vue de face.

A droite : le voile de réaction du tissu cellulaire qui formait le fond de la chenille hilaire a presque totalement fondu, ce qui fait qu'on aperçoit de petits noyaux

ganglionnaires très nettement limités et groupés par quatre, par deux, au niveau des quatrième et cinquième espaces intercostaux, là où auparavant existait une réaction assez intense. Par contre, un peu partout sur toute l'étendue de l'hémithorax, se trouvent disséminées de petites masses, parfois groupées en noyau. Léger voile au sommet. Réaction de péribronchite modérée. Bande de médiastinite latéralement visible.

A gauche : sommet en nid d'abeilles avec multiples images de bronches en coupe transversale. Par ailleurs, réaction péribronchique modérée.

Vue de profil.

Ici, également, la réaction du tissu cellulaire a considérablement diminué, nous permettant de voir d'assez nombreuses masses ganglionnaires. La péribronchite qui comblait presque totalement la partie inférieure de l'espace prévertébral a beaucoup diminué.

OBSERVATION II. — 3 MARS 1931.

Vue de face.

A droite : lésions anciennes calcifiées; hilite étendue avec noyaux crétacés. Bronchite et péribronchite s'étendant sur tout le tiers supérieur de l'hémithorax et à la base.

A gauche : lésions moins visibles, vraisemblablement succulentes. Hilite moins étendue qu'à droite avec images bronchiques et ganglionnaires; à gauche du hile on aperçoit un noyau qui paraît constitué de trois bronches réunies par un ciment de périadénite. Petites masses groupées dans le quatrième espace intercostal.

OBSERVATION III. — 12 MARS 1931.

Vue de face.

Voile assez léger au niveau des sommets et à la périphérie pulmonaire.

A droite : chenille hilaire peu accentuée dans laquelle on discerne en coupe transversale des bronches dont la lumière est presque complètement obstruée et des masses ganglionnaires. Des deux extrémités de la chenille partent des tractus bronchiques assez fortement hyperplasiés. Disséminées un peu partout dans l'hémithorax, se trouvent de petites masses arrondies.

A gauche : le cœur, assez volumineux, masque complètement le hile. Le long de son bord, on trouve cinq à six petites masses ganglionnaires avec réaction de périadénite très discrète.

Vue de profil.

Les trois-quarts supérieurs de l'espace prévertébral sont complètement masqués par un voile assez épais. Dans le quart inférieur, on aperçoit quelques tractus bronchiques assez épaissis avec quelques ganglions entourés d'une zone assez discrète de périadénite.

29 JUIN 1931.

Vue de face.

A droite : la chenille hilaire s'est dissociée en plusieurs noyaux de périadénite dans lesquels on trouve, avec de petits ganglions, de multiples images de bronches vues en coupe transversale et dont les parois sont assez fortement épaissies. Par contre, au sommet, se marque assez franchement un éventail de bronches hyperplasiés.

A gauche : mêmes lésions aussi discrètes que lors de l'examen antérieur. Il semble aussi que les deux sommets soient un peu plus clairs.

Vue de profil.

Le voile qui obstruait en partie l'espace prévertébral s'est éclairci à la partie supérieure. De même, à la partie inférieure, les lésions sont plus visibles. On note de très nombreux noyaux de périadénite englobant les bronches. Péribronchite très marquée.

OBSERVATION IV. — 9 MARS 1931.

Vue de face.

A droite : chenille hilaire très étendue en longueur et en largeur, avec forte réaction du tissu cellulaire. Dans cette chenille on discerne quelques masses ganglionnaires et des figures allongées qui peuvent être, soit des bronches obstruées, soit des vaisseaux. A la partie supérieure de la tache hilaire, réaction péribronchique très modérée. Au sommet, semis de petites masses qui semblent appendues le long des trajets bronchiques. De la partie inférieure du hile, partent des images de bronches assez fortement hyperplasiées.

A gauche : lésions moins marquées. De la partie supérieure du hile s'échappe un bouquet de bronches à paroi fortement épaissie. Au niveau du cinquième espace intercostal, petite masse de périadénite.

Vue de profil.

Autour de la bifurcation trachéale et à la partie moyenne de l'espace prévertébral, se voient de nombreuses masses importantes, ganglionnaires, avec périadénite marquée. Striant la partie inférieure de cet espace, nombreux trajets bronchiques fortement épaissis.

29 JUIN 1931.

Vue de face.

Léger voile sur toute l'étendue des deux poumons.

A droite : les bords de la chenille hilaire sont beaucoup plus diffus et se continuent en haut avec une bande assez épaisse de médiastinite. Lésions de bronchite avec péri-bronchite très accentuées surtout à la base et au sommet. Sur le trajet des bronches, on trouve disséminées un peu partout de petites masses arrondies.

A gauche on retrouve le même bouquet de bronches à parois épaissies avec au sommet de multiples bronches vues en coupe transversale avec des parois assez fortement hyperplasiées.

Vue de profil.

L'espace prévertébral est presque totalement voilé. Ce voile ne permet de discerner aucune image. Dans le quart inférieur le voile, moins épais, laisse voir à son travers les tractus bronchiques fortement épaissis que nous avons déjà vus sur la radiographie précédente.

OBSERVATION V. — 26 JUIN 1931.

Vue de face.

A droite : à la partie moyenne du hile, dans le cinquième espace intercostal, on voit une masse de périadénite avec réaction assez marquée du tissu cellulaire. Cette masse est constituée de quelques ganglions qui paraissent calcifiés et de bronches en coupe transversale à paroi fortement épaissie.

Par ailleurs, bronchite et péribronchite assez marquées.

A gauche : de la partie moyenne du hile s'échappe en direction du sommet un bouquet bronchique avec hyperplasie considérable et réaction avoisinante du tissu cellulaire.

Par ailleurs, rien à signaler.

Vue de profil.

Buisson bronchique irradiant dans toutes les directions à partir de la bifurcation trachéale. Quelques images ganglionnaires. Pinceau formé de trois trajets bronchiques fortement épaissis et descendant comme un trident vers la partie inférieure de l'espace prévertébral.

OBSERVATION VI. — 5 MARS 1931.

Vue de face.

A droite : images de ganglions calcifiés au hile. En dehors du bord droit du cœur, images ganglionnaires plus récentes. Bronchite et péribronchite se propageant à partir du hile vers la base et le tiers supérieur de l'hémithorax; de même vers la partie externe de la région moyenne, mais d'une façon plus discrète.

En face des arcs antérieurs des première, deuxième, troisième et quatrième côtes, on voit quelques images milliaires (cf. p. 68, obs. III). Sur le bord supérieur de l'arc antérieur de la troisième côte, noyau de calcification qui paraît constitué de trois noyaux plus petits, très calcifiés, réunis entre eux par une gangue.

A gauche : hyperplasie bronchique se propageant du hile au tiers supérieur de l'hémithorax, avec peut-être quelques ganglions en réaction voilés par l'ombre des artères pulmonaires.

Vue de profil.

Bronchite et péribronchite hilare très marquée avec bouquet d'adénite s'accompagnant de périadénite. Le noyau crétacé susnommé apparaît sur le plan transversal passant à deux travers de doigt en arrière du sternum et à un travers de doigt en avant du rachis. Entre ce noyau et le sternum on trouve un noyau plus petit.

OBSERVATION VII. — 19 MARS 1931.

Vue de face.

A droite : de la partie inférieure du hile part une mince chenille qui contourne le bord du cœur et se confond avec la coupole diaphragmatique. A la partie supérieure du hile, étendue assez importante de réaction du tissu cellulaire de la grosseur d'une noix. Dans cette zone on trouve, vues en coupe transversale, des bronches à lumière très agrandie avec une paroi ayant quelque peu réagi. De la partie supérieure de cette image partent en irradiant vers le sommet quelques tractus bronchiques épaissis. Le sommet est un peu obscur et parsemé de petites masses arrondies. A gauche : lésions de bronchite et de péribronchite assez accusées et rayonnant de la partie supérieure du hile vers le sommet. Quelques masses ganglionnaires.

Vue de profil.

L'espace prévertébral n'est pas clair. Immédiatement derrière la trachée et au niveau de sa bifurcation, on trouve un noyau de périadénite qui paraît être la projection de ce que nous avons vu de face à la partie supérieure du hile droit. Cette masse comprend une gangue de périadénite assez marquée englobant de nombreuses bronches à paroi considérablement épaissie. Par ailleurs, lésions diffuses de bronchite et péribronchite.

30 JUIN 1931.

Vue de face.

A droite : il semble que le noyau qui existait à la partie supérieure du hile ait fondu. Par contre, les lésions de péribronchite se sont accentuées, de même que la dissémination irrégulière dans tout l'hémithorax de petites masses arrondies. Peu d'images ganglionnaires.

A gauche, les lésions paraissent avoir légèrement augmenté se traduisant par de la péribronchite un peu plus accentuée que sur la radiographie précédente.

Vue de profil.

On retrouve toujours la même masse au niveau de la bifurcation trachéale, mais elle a augmenté. Il semble que le tiers inférieur de l'espace prévertébral soit devenu plus clair, laissant apparaître de nombreux tractus bronchiques considérablement épaissis.

OBSERVATION VIII. — 20 MARS 1931.

Vue de face.

A droite, nombreux ganglions de petit volume avec signes de réaction ancienne à degrés divers. Sur tout l'hémithorax, bronchite et péribronchite pas très accentuées.

A gauche, les signes d'adénite hilare sont réduits à trois noyaux, deux petits et l'autre, un peu plus gros. Bronchite et péribronchite. Au niveau de l'arc postérieur de la quatrième côte on trouve une image arrondie, probablement ganglionnaire et dans le troisième et quatrième espace quelques taches moins apparentes. Bande de médiastinite latérale à droite et à gauche.

Vue de profil.

Bronchite et péribronchite. Images d'adénopathie plus nombreuses que de face. Les petites masses pathologiques vont de la surface d'un tout petit pois à celle d'une lentille.

OBSERVATION IX. — 12 MARS 1931.

Vue de face.

A droite, hilite très marquée formant une longue chenille, par endroits parallèle au bord du cœur, se confondant en d'autres endroits avec cette ombre. Dans cette chenille, on voit des masses de périadénite. Peu d'images bronchiques. Réaction du tissu cellulaire. A la partie interne des troisième et quatrième espaces intercostaux se dessine une zone floue ayant les dimensions d'une amande, qui se prolonge vers la clavicule par une bande de médiastinite latéralement visible. De la partie supérieure du hile partent, irradiant vers le sommet, des tractus bronchiques fortement épaissis.

A gauche, de la partie supérieure du hile part un éventail formé de très nombreuses bronches dont certaines paraissent complètement oblitérées par le processus de bronchite avec péribronchite. Léger épaississement des coques pleurales.

Vue de profil.

L'espace prévertébral est très assombri. On devine quelques masses de périadénite autour de la bifurcation trachéale. Le tiers inférieur de l'espace est comblé par des bronches ayant fortement réagi, réunies entre elles par de la médiastinite qui dessine une image en triangle.

26 JUIN 1931.

Vue de face.

A droite, il semble que la réaction du tissu cellulaire, qui se confondait insensiblement avec l'aire cardiaque, ait diminué. De sorte que, à l'heure actuelle, se dessine entre les principales masses de périadénite et le bord du cœur un mince espace libre. Quelques images ganglionnaires rassemblées dans les cinquième et sixième espaces intercostaux. Depuis le dernier examen, la

pérnbronchite s'est fortement développée particulièrement au sommet et en direction de la base. La médiastinite persiste, mais la masse en forme d'amande paraît avoir complètement disparu.

A gauche, on note, de même, une augmentation de la pérnbronchite. Les bronches qui partent de l'extrémité supérieure du hile sont reliées par un voile qui s'étend à tout le sommet. Tranchant sur ce voile, on note de nombreuses petites masses arrondies.

Vue de profil.

L'espace prévertébral s'est sensiblement dégagé, nous permettant de voir des masses importantes de périadénite avec réaction médiastinale; autour de la bifurcation de la trachée le tiers inférieur de l'espace est comblé par de multiples bronches à direction descendante, fortement épaissies, et reliées entre elles par de la médiastinite.

OBSERVATION X. — 19 MARS 1931.

Vue de face.

Adénite des deux côtés. A droite, au hile, nombreuses masses ganglionnaires. Sur toute l'étendue du champ pulmonaire lésions de pérnbronchite très marquées à droite et à peine indiquées à gauche.

OBSERVATION XI. — 3 MARS 1931.

Vue de face.

A droite, hilite très épaisse. Les images ganglionnaires sont surtout visibles dans le tiers supérieur de la tache hilaire. Sur toute l'étendue de l'hémithorax, lésions de bronchite et pérnbronchite.

A gauche, taches hilaires beaucoup plus discrètes, presque entièrement constituées par un ruban assez large d'images bronchiques avec péribronchite au niveau de l'extrémité postérieure du quatrième espace intercostal. Dans les deuxième et troisième espaces, lésions de bronchite et péribronchite moins avancées. Cœur un peu refoulé à gauche par la hile droite.

OBSERVATION XII. — 7 MARS 1931.

Vue de face.

A droite, hile. Bronchite et péribronchite irradiée à tout le champ pulmonaire. Ganglions qui commencent à se calcifier.

A gauche, bronchite et péribronchite hilaire s'étendant à la moitié supérieure de l'hémithorax. Présence de deux noyaux dont la teinte indique qu'ils sont fortement calcifiés : l'un a l'allure d'une amande à la partie externe du septième espace intercostal; l'autre au-dessous du bord inférieur de la sixième côte, très près du bord gauche du cœur, a les dimensions d'une petite fève. Ces deux noyaux sont constitués d'un agglomérat de noyaux plus petits. On y devine quelques lumières bronchiques très peu perméables.

Vue de profil.

Gros noyau bien visible à trois travers de doigt en arrière du sternum. Aspect en éponge. Les petites masses qui le composent présentent un collier périphérique épais si circonscrivant un bloc de substance moins dense ou une cavité. Les sels calcaires semblent s'être déposés sur les parois bronchiques.

OBSERVATION XIII. — 10 JUIN 1931.

Vue de face,

Cette enfant présente les lésions minima qui doivent correspondre dans notre pensée à un cliché normal, c'est-à-dire : quelques petites masses calcifiées au hile, avec péribronchite modérée des grosses bronches à leur naissance.

Vue de profil.

Péribronchite modérée du médiastin postérieur. Ganglions intertrachéo-bronchiques très nombreux.

OBSERVATION XIV. — 25 JUIN 1931.

Vue de face.

Lésions en général peu marquées. A droite, mince chenille hilaire très étroite descendant parallèlement au bord du cœur, séparée de ce bord par un mince espace qui est cependant voilé. Cette chenille paraît constituée par des bronches à parois hyperplasiées en coupe longitudinale et transversale. On n'aperçoit pas d'images ganglionnaires nettes. Réaction de périadénite légère. Médiastinite latéralement visible.

A gauche, de la partie supérieure du hile irradie un pinceau bronchique dont la péribronchite englobe de nombreuses petites masses ganglionnaires. Au sommet, on aperçoit de nombreuses images de bronches vues en coupe transversale.

Vue de profil.

A partir et au-dessous de la bifurcation de la trachée irradie vers la base un certain nombre de bronches dont les parois sont assez considérablement épaissies. Rares masses ganglionnaires.

OBSERVATION XV. — 25 JUIN 1931.

Vue de face.

Hilite bilatérale. A droite, on aperçoit dans le cinquième espace près du bord droit du cœur une série de masses jumelées, vraisemblablement noyaux de périadénite, le tout enveloppé d'un voile qui se raccorde en haut et en dedans avec une forte bande de médiastinite latéralement visible. Par ailleurs, au sommet, bronchite et péribronchite assez marquée, de même à la base. Sommet suspect.

A gauche, de l'extrémité supérieure du hile part un éventail très épais de bronches considérablement épaissies qui se dirige vers le sommet. Léger épaississement de la coque pleurale.

Vue de profil.

Autour de la bifurcation de la trachée, buisson de bronches hyperplasiées irradiant de tous côtés. Sur le fond de ce buisson, on aperçoit des masses assez importantes de périadénite. La partie inférieure de l'espace prévertébral est obscurcie par un voile au travers duquel transparaissent d'importantes images arrondies.

OBSERVATION XVI. — 25 JUIN 1931.

Vue de face.

Tout le champ pulmonaire est obscur. A droite, masses de périadénite irrégulières qu'on trouve surtout dans le quatrième espace intercostal près du bord du cœur. Dans ces masses on remarque de nombreuses images ganglionnaires.

A gauche, au niveau de l'arc postérieur de la quatrième côte on trouve une masse qui paraît être un ganglion. De l'extrémité supérieure du hile partent des tractus bronchiques modérément épaissis.

Vue de profil.

Au niveau de la bifurcation de la trachée, nombreuses arborisations bronchiques se dirigeant de tous côtés et ayant très fortement réagi. De même, sur la face antérieure de la trachée, buisson de bronches fortement hyperplasiées. On ne trouve pas de masses ganglionnaires bien nettes. Presque tout l'espace prévertébral est voilé vraisemblablement par la médiastinite.

CHAPITRE V

Interprétation des signes radiologiques trouvés.

On peut dire avec Comby que le diagnostic d'adénopathie est fait là où elle n'existe pas et qu'il est ignoré quand elle existe. Les formes latentes ou mieux les adénopathies méconnues sont les plus communes. Dans ces formes, on ne peut du reste conclure à l'innocuité de la lésion tuberculeuse.

La forme sévère que revêt la tuberculose chez l'enfant a frappé tous les observateurs. Toutefois, la grande majorité des enfants qui atteignent la puberté sans incidents nous laisse à penser que la tuberculose guérit plus souvent qu'elle ne tue. Si l'on admet que la plupart des individus soumis aux conditions d'existence normale a fait avant l'âge de quinze ans une atteinte tuberculeuse du poumon et que celle-ci a rententi nécessairement sur ses ganglions médiastinaux, il s'ensuit que nous avons presque tous présenté à un moment donné la forme d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.

L'enfant ne naît pas tuberculeux; c'est dans les premières années de sa vie qu'il le devient lorsqu'il doit le devenir. La marche de l'infection bacillaire serait la suivante : au début, envahissement initial; par la suite, le bacille de Koch se retire dans son repaire médiastinal. Ainsi se constitue l'étape qui correspond au terme adénopathie trachéo-bronchique. A ce moment, deux alternatives :

1° Ou bien l'enfant oppose à l'infection un barrage ganglionnaire insuffisant : alors la tuberculose tue l'enfant avec la rapidité que l'on sait;

2° Ou bien l'enfant enkyste sa lésion : la défense ganglionnaire l'emporte. A ce moment on trouve au niveau du médiastin ce qui se passe dans toute adénite tuberculeuse.

Le plus souvent, la tuberculose ganglionnaire revêt la forme d'adénite avec périadénite. Il est rare qu'un seul ganglion soit pris : on a presque toujours affaire à une forme polyganglionnaire. Les ganglions atteints forment une masse imprécise, un tissu conjonctif dense, témoin de la périadénite, les reliant les uns aux autres.

Le processus tuberculeux fait naître autour de lui des réactions de défense qui n'aboutissent pas seulement à un épaississement de la coque ganglionnaire, mais qui atteignent et englobent les éléments voisins, modifiant leur structure et troublant, dans une certaine mesure, leur fonctionnement. Ainsi la hilite marque une participation réactionnelle effective de tous les éléments constitutifs du hile.

Nous venons de décrire le complexe de l'adénopathie médiastine qui témoigne de la défense de l'enfant, dans la majorité des cas lors de l'atteinte bacillaire initiale. Cette première alerte passée, la défense se consolide en même temps que les lésions. Souvent, les désordres causés par la tuberculose s'arrêtent là et l'enfant atteindra l'adolescence sans avoir autrement à en souffrir. On peut parler dans ce cas de tuberculose ganglio-hilaire abortive.

C'est dans l'observation XIII (p. 93) que nous trouvons à peu près pures les lésions minima, reliquat de l'atteinte primitive.

Elles se traduisent par de petites masses hilaires, le plus souvent arrondies, à limites précises, régulières, formées d'ombre très franche et présentant des caractères semblables à ceux des corps étrangers métalliques. Cette teinte accentuée indique une calcification avancée, témoin

d'une lésion déjà ancienne. Il est difficile de dire si ces masses représentent un ou plusieurs ganglions ou bien une zone de périadénite englobant de nombreux ganglions. En plus, on trouve une péribronchite modérée des grosses bronches à leur naissance.

Chez l'adolescent qui a franchi l'enfance et la puberté sans incidents la radiographie nous montre souvent parallèlement une calcification ganglionnaire avancée, en outre de la péribronchite modérée n'atteignant que les grosses bronches, près de leur naissance hilare et peu étendue vers la périphérie.

Reproduisons à ce sujet un passage de Duhem :

« Chez l'adulte à l'état normal on constate toujours la présence d'ombres au niveau du hile : elles affectent la forme de traînées grises à tonalité plus ou moins foncée et qui se dirigent vers le centre de la plage pulmonaire en suivant une direction rigoureusement superposable aux ramifications bronchiques.

Chez l'enfant à l'état normal, ces traînées grisâtres sont beaucoup moins visibles...

Aussi les ombres hilaires, quand elles sont accentuées, prennent-elles une signification beaucoup plus importante.

Il existe cependant des enfants indemnes de tuberculose. La plupart des affections des organes respiratoires chez l'enfant (affections catarrhales, naso-pharyngées un peu prolongées, laryngites, bronchites même légères, coqueluche, etc.) provoquent une légère réaction ganglionnaire. Ces adénopathies trachéo-bronchiques légères se manifestent sur l'écran par des ombres ténues, généralement peu étendues, occupant la région du hile, tantôt à droite, tantôt à gauche, mais plus souvent à droite, et souvent aussi des deux côtés. Ces ombres ne sont pas très opaques; leurs contours sont estompés : quelques traînées grisâtres s'en détachent qui se dirigent vers la périphérie

du lobe pulmonaire et deviennent invisibles *après quelques centimètres de parcours*. Il est rare de voir les ombres ganglionnaires se développer et s'étendre jusqu'au niveau du bord droit de l'oreillette droite ou le long du contour ventriculaire gauche. Quelquefois, au niveau de l'ombre hilare diffuse on voit s'estomper un noyau central un peu opaque, mais *les ombres hilaires ne sont jamais ni très opaques, ni très étendues*.

Ces images peu accusées persistent souvent pendant toute la première enfance et ne disparaissent que lors du développement complet du poumon, après la puberté. »

L'enfant, enkystant sa lésion dans les ganglions médiastinaux, a réalisé là une guérison clinique mais non anatomique.

M. Ségard écrit :

« 1° Le ganglion bronchique est assez souvent un filtre, un barrage de l'infection tuberculeuse : il peut être aussi un centre d'élaboration de l'immunité.

» 2° Le ganglion bronchique peut demeurer un foyer bacillaire et, par là, une menace latente pour le poumon tout voisin, comme pour l'organisme.

» 3° Ce foyer ganglionnaire qui couve sous la cendre inactif, inoffensif, au moins pour un temps, peut se rallumer. »

Ainsi donc, nous ne sommes pas sûrs que cette tuberculose latente, primitivement enrayée par le barrage ganglionnaire, ne reprendra pas, un jour, sa marche en avant. Dans ce cas interviendront des causes générales et, quelquefois, des causes locales.

Causes générales. — Toutes celles qui peuvent débilitier l'organisme : mauvaise hygiène, alimentation défectueuse, misère, fatigue.

Chez les grands enfants intervient en outre, un facteur dont il ne faut pas méconnaître l'importance : c'est la poussée de croissance de la période pubertaire qui, sous

des influences diverses, fatigue l'enfant, trouble sa nutrition et souvent rend l'organisme moins résistant à l'égard du bacille de Koch.

Agissent également un certain nombre de maladies infectieuses : coqueluche, rougeole, grippe, broncho-pneumonie, fièvre typhoïde. Certaines d'entre elles sont susceptibles de déterminer des modifications des ganglions trachéo-bronchiques : fluxion, congestion. Elles déterminent le ramollissement des tubercules caséeux et favorisent l'exode des bacilles à travers la gangue fibreuse qui les emprisonne.

D'autre part, ces maladies, ainsi que plusieurs autres, peuvent agir également en diminuant l'immunité de l'organisme : c'est la période d'anergie. En effet, pendant leur évolution, les cuti-réactions deviennent négatives. Dans beaucoup de cas, on trouve une cause qui explique une nouvelle étape de la tuberculose. Mais parfois aussi on ne trouve pas d'influence appréciable. Une poussée hilaire peut se produire chez un enfant qui paraît en excellent état, ainsi que nous l'avons constaté dans le deuxième groupe de nos observations. Lors de ces réveils de l'activité tuberculeuse caractérisant l'adénopathie trachéo-bronchique active, que donne la radiographie ? Duhem écrit : « Au niveau du hile, une ombre dense, opaque, élargit l'ombre médiane du cœur et des vaisseaux : il y a là un ou plusieurs ganglions tuméfiés, congestionnés, en pleine réaction.

Autour de ces ganglions, une zone plus floue, plus ouatée, signale la périadénite ou la congestion du tissu voisin (nous ajoutons : que ce soit tissu cellulaire du hile ou plèvre). Ces ombres peuvent être multiples, plus ou moins confluentes; des vergetures multiples s'en détachent qui obscurcissent plus ou moins le tissu pulmonaire voisin.

Dans ces adénopathies étendues, les ombres ganglionnaires arrivent à border complètement l'oreillette droite.

Il n'est pas rare, dans ce cas, que l'adénopathie s'accompagne d'un certain degré de sclérose pulmonaire partielle à type hilare. »

Pour notre part, nous avons trouvé des masses généralement arrondies, appendues surtout dans la région hilare, le long du trajet des grosses bronches ou englobant ce trajet, masses à limites irrégulières, imprécises, d'une ombre floue, grisâtre, composée de plusieurs éléments.

Ces images se détachent sur un voile de forme irrégulière, d'étendue variable, qui traduit la réaction du tissu cellulaire du médiastin. Quant aux petits éléments qu'on trouve parfois sur toute l'étendue du parenchyme pulmonaire et jusqu'à la périphérie, appendus aux ramifications bronchiques, il n'est pas possible de dire si l'on a affaire à un vaisseau, à un ganglion à la limite de visibilité, ou à une germination tuberculeuse.

Il est bien évident que les masses hilaires ne représentent pas des images ganglionnaires, mais des zones de périadénite englobant plusieurs ganglions.

Du hile partent des trajets bronchiques très teintés rayonnant dans toutes les directions vers la périphérie pulmonaire. Les images bronchiques (lignes parallèles, en voie de chemin de fer) sont particulièrement accusées, le plus souvent dans deux directions : vers le sommet et vers le cul-de-sac inférieur de la plèvre en longeant le bord des ventricules. Nous avons l'impression d'un épaississement des parois bronchiques (péribronchite ?) amenant une diminution de la lumière; parfois, cette dernière disparaît, comblée (ce qu'on aperçoit très bien, en coupe transversale).

Donc, au cours de ces poussées, tous les éléments du hile sont intéressés; de plus, la hilite s'accompagne assez souvent d'effets à distance, soit sur le parenchyme pulmonaire, soit sur son enveloppe, se traduisant sur un film

par un voile qu'on interprète, suivant son intensité, comme réaction du parenchyme ou de la plèvre.

D'après la description de ces lésions, il apparaît bien que le cadre ganglionnaire pur, ou périganglionnaire est débordé.

Dans un article sur les adénopathies tuberculeuses du hile, MM. Méry, Salin et Girard écrivent : « Nous pensons qu'il s'agit de grosses adénopathies intra-hilaires avec réaction irritative du voisinage, et congestion péri-hilaire; la réaction irritative se traduisant par de la périadénite et de la pleurite (pleurite scissurale) ».

De même, M. Masselot estime que les lésions ganglionnaires retentissent sur le tissu cellulaire du médiastin, y déterminant de l'inflammation :

1° Sur la portion adjacente du poumon où elles engendrent de la congestion simple ou des lésions tuberculeuses (tuberculose ganglio-hilaire);

2° Sur le contenu du médiastin.

Comme l'expose M. Ameuille, les premiers auteurs qui ont étudié l'adénopathie trachéo-bronchique, jusqu'à Guéneau de Mussy et A. Baréty, ont vu en elle une maladie en soi, une tuberculose à détermination particulière que les tout premiers observateurs appelaient phtisie bronchique, pour l'opposer à la phtisie pulmonaire, que les derniers considéraient comme une adénopathie tuberculeuse d'un type et d'une portée particulière, à mettre sur le même plan que les adénopathies cervicales tuberculeuses ou le carreau.

Un certain nombre de travaux de l'époque signalent même de façon expresse l'indépendance de l'adénopathie trachéo-bronchique vis-à-vis de toutes les lésions pulmonaires.

A ce sujet, M. le Professeur Nobécourt écrit :

« Au niveau des ganglions médiastinaux, la tuberculose peut parcourir des étapes successives à intervalles

plus ou moins éloignés... Au cours de ces poussées, il est souvent bien difficile de préciser si l'infection tuberculeuse reste exactement localisée aux ganglions, ou bien si elle ne s'étend pas au parenchyme pulmonaire, soit par propagation de voisinage, soit par dissémination vasculaire ou bronchique.

Souvent l'adénopathie s'accompagne de syndromes plus ou moins nets de congestion pulmonaire ou de symptômes locaux paraissant déborder de la région du médiastin. »

Nous venons de décrire, au point de vue radiologique, les poussées tuberculeuses à point de départ hilair qui sont les manifestations possibles pouvant déceler la tuberculose ganglio-hilaire pure, celle qui marche. Nous avons suivi, par la radiographie, l'évolution de ces petites flambées.

Deux hypothèses s'offrent à nous :

1° Le premier film correspond au début de la poussée.

Sur un deuxième, un troisième cliché, nous trouverons des lésions surajoutées : la péribronchite s'accroît, se fonce et on remarque assez souvent l'essaimage, d'abord au voisinage du hile, quelquefois un peu partout, de très petites masses nodulaires sur la nature desquelles nous n'avons pu nous prononcer. Au niveau du hile, le voile de réaction du tissu cellulaire s'étend, noyant les masses de périadénite qui se distinguent mal et formant ainsi une image allongée en chenille. Il se propage parfois au médiastin, à une scissure ou au cul-de-sac inférieur de la plèvre. Il sera du reste assez difficile de dire en présence d'un voile de cette sorte, si l'on a affaire à une congestion banale du parenchyme ou à un épanchement pleural.

2° Le premier film correspond au maximum de la poussée.

Sur les films ultérieurs, nous assisterons à la fonte du voile réactionnel, au moins sur une certaine surface, car

la poussée, après son extinction, laisse toujours un voile uniforme comme toile de fond au niveau du hile. La congestion régresse, la chenille hilaire se disloque : il en résulte la mise en valeur et l'isolement des masses de périadénite qui, dégagées du flou qui les entouraient, apparaissent beaucoup plus nettement. Cependant la péribronchite, assez souvent, reste stationnaire.

Le pronostic de ces poussées de reviviscence bacillaire, d'après ce que nous avons observé, ne nous apparaît pas bien sombre.

Nous avons pu constater, en effet, la rapidité avec laquelle elles s'éteignaient. Au bout de quelques semaines, quelques mois, il ne reste plus de ces feux de paille, qu'une image hilaire un peu plus accentuée qu'auparavant; souvent on ne s'est aperçu de rien dans l'entourage de l'enfant (cf. obs. gr. II).

Au reste ce dernier, après un nombre de manifestations plus ou moins grand, finit par guérir, dans la grande majorité des cas.

Cependant, nous avons relevé, dans un certain nombre de cas, quelques lésions suspectes juxta-hilaires qui peuvent (l'affirmation serait peut-être téméraire) faire penser à un début d'ensemencement du parenchyme par le bacille de Koch.

Aussi, étant donné la nature du bacille en cause, le médecin devra constamment veiller et penser à une tuberculisation toujours possible.

Nous pouvons classer les enfants en deux catégories :

1° *Enfants indemnes de tuberculose* : nous aurons des lésions radiologiques minimales (cf. article de Duhem, p. 98) correspondant aux affections banales des voies respiratoires;

2° *Enfants ayant été infectés par le bacille tuberculeux* : nous distinguons trois aspects radiographiques :

a) **Le reliquat de l'adénite initiale** correspond à des lésions stabilisées (adénite, périadénite, péribronchite) calcifiées, cicatricielles, d'autant plus teintées que l'atteinte primitive est plus ancienne.

C'est ce qu'on trouve chez les enfants dans la grande majorité des cas, en dehors de toute manifestation clinique de tuberculose.

b) **Adénopathie trachéo-bronchique vraie ou active** qui guérit (c'est la règle), ou évolue à un moment donné vers une généralisation de la tuberculose. Elle revêt deux formes : celle qui se manifeste cliniquement et celle qui évolue à bas bruit, sans signes cliniques appréciables.

Dans l'une et l'autre forme on obtient, du point de vue radiologique, les images que nous avons décrit précédemment, images pathologiques variables avec l'évolution et susceptibles de régression.

CONCLUSIONS

On peut dire qu'il n'y a pas de tuberculose infantile sans tuberculose ganglionnaire.

Il apparaît, en effet, que la tuberculose trouve son point de départ dans un foyer le plus souvent localisé primitivement dans les ganglions du médiastin. De la région hilare, lorsque la hilite évolue, partent les vagues d'assaut qui peuvent amener, à la longue, des accidents de dissémination bacillaire.

Ce qu'il importe de faire, chez l'enfant, c'est dépister une expansion toujours possible.

Cliniquement, l'expansion active peut être marquée par des poussées fluxionnaires qui nous mettront sur la voie, après avoir éliminé toutes les causes nasales ou pharyngées d'infection des voies aériennes.

Cette expansion peut être latente. Ici intervient la notion de contamination familiale : dans nombre de nos observations, nos petits malades se sont contaminés dans leur famille, le plus souvent au contact de parents tuberculeux, dans leur voisinage ou à l'école. Dès que certains signes, parfois légers, attirent l'attention du médecin, celui-ci ayant souvent acquis cette notion de contamination, devra s'entourer de tous les moyens propres à dépister une tuberculose ganglionnaire sur le point d'évoluer ou ayant déjà commencé à évoluer.

Il devra donc surveiller particulièrement tous les hérédo-tuberculeux, les proches parents de tuberculeux avérés, surtout s'ils ont vécu avec les malades, tous les enfants amaigris, débilités, asthéniques ou fébriculaires.

En dehors de signes cliniques, souvent inexistants, on s'adressera à la radiographie, seul moyen de contrôle.

Or, il est difficile d'affirmer sur le vu d'une simple radiographie, si l'on est en présence d'une adénopathie active. Il n'y a que les radiographies successives pour permettre d'étayer une opinion.

Nous estimons, ainsi que l'écrit De Abreu, que « l'étude de l'évolution des ombres est, aujourd'hui le moyen le plus sûr dont dispose la séméiologie pour connaître si une tuberculose évolue, si son évolution est lente ou si, au contraire elle est rapide ». Nous terminerons cette étude en reproduisant le passage suivant :

« Dès qu'on veut apprécier l'activité des lésions, il devient indispensable de faire des examens en série. C'est la seule méthode qui permette de porter des conclusions valables. On peut alors comparer entre eux les divers examens et dire si le processus tuberculeux est en voie de progression, s'il demeure stationnaire, ou bien s'il se transforme, se décongestionne, s'éclaircit ou donne, peu à peu, des images de sclérose. » (Rapport de M. le Professeur Leuret sur le diagnostic de l'activité des lésions pulmonaires tuberculeuses, VII^e Congrès national de la tuberculose, Bordeaux, mars-avril 1931.)

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

DUPÉRIÉ.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 20 Octobre 1931.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AMEUILLE. — *Revue critique de Pathologie et de Thérapeutique*, mai 1931.
- Tuberculose du médiastin : in-Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée, publié sous la direction de SERGENT, RIBADEAU-DUMAS, BABONNEIX, tome XVIII, 1921.
- AMSLER. — La conception actuelle de l'adénopathie trachéo-bronchique, son diagnostic et ses données étiologiques. (*Arch. Médico-Chirurgicales de Province*, 1924.)
- ARMAND-DELILLE. — Les tuberculoses de la seconde enfance. (*Bulletin Médical*, 13 novembre 1920.)
- ARMAND-DELILLE, LEHMANN et LESTOCQUOY. — Adénopathies trachéo-bronchiques et condensations péri-hilaires. (*Paris Médical*, 22 novembre 1930.)
- ARMAND-DELILLE, LESTOCQUOY et VIBERT. — Le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse d'après les données actuelles. (*Bulletin et Mémoires de l'Académie de Médecine*, 23 avril 1929.)
- ARMAND-DELILLE, LESTOCQUOY et VIBERT. — Une méthode de contrôle anatomique des radiographies pulmonaires. (*Presse médicale*, 17 avril 1929.)
- ARMAND-DELILLE, LESTOCQUOY et VIBERT. — Etude critique de la séméiologie de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'enfant. (*Presse Médicale*, 28 septembre 1929.)
- BELOT. — Le diagnostic de la nature tuberculeuse de l'adénopathie trachéo-bronchique de l'enfant. (*Archives de Médecine des enfants*, septembre 1922.)

LÉON BERNARD. — L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. (*Gazette médicale de Nantes*, 15 novembre 1923.)

— La tuberculose pulmonaire, 1925.

LÉON BERNARD et VITRY. — Les adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses de la seconde enfance. (*Bulletin et Mémoires de l'Académie de Médecine*, du 10 juillet 1923.)

BEZANÇON et DE JONG. — Adénopathie trachéo-bronchique. Précis de pathologie médicale : les maladies de l'appareil respiratoire; 1931, page 703.

BOINET. — Nouveau traité de Médecine et de Thérapeutique publié sous la direction de Gilbert et Carnot, 1922, tome XXX, pages 405 et suivantes.

BONNIN. — Considérations sur le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'enfant en vue de la cure en plein air et du préventorium.

BOURDILLON. — Maladies du cœur et des poumons, in *Pratique des maladies des enfants*, tome IV, page 627.

CALMETTE. — L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux, 1928.

CHAPERSN. — Contribution à l'étude anatomo-radiologique des vaisseaux de la base du cœur, vus de face. (Th. Paris, 1921.)

COMBY. — Traité des maladies de l'enfance, 1928.

— Radiographie des adénopathie bronchiques. (*Archives de Médecine des enfants*, décembre 1914.)

— Fébricules prolongées chez les enfants. (*Archives de Médecine des enfants*, août 1922.)

COTTENOT. — Les aspects radiologiques de la région hilare normale et pathologique. (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, 1926, t. I, n° 5.)

DAUPHIN. — Revue critique des symptômes cliniques et radiologiques de l'adénopathie trachéo-bronchique. (Th. Paris, 1924.)

- DEBRÉ. — De l'abus du diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant. (*Journal des Praticiens*, 30 septembre 1922.)
- DELHERM et CHAPERON. — Comment doit-on interpréter les ombres hilaires normales ? (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, juillet 1923.)
- Etude anatomo-radiologique de l'ombre médiane cardio-vasculaire vue de face. (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, janvier 1923.)
- Etude radiologique du substratum anatomique des ombres hilaires normales. (*Gazette des Hôpitaux*, 4-6 juillet 1922.)
- Les contours de l'ombre médiane cardio-vasculaire radiologique vus de face. (*Presse Médicale*, 26 avril 1922.)
- DESMOULINS. — Tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant. (*Presse médicale*, 19 mars 1921.)
- DETRÉ et SALIN. — La tuberculose du hile pulmonaire chez l'enfant. (*Paris Médical*, avril 1914.)
- DUBOURG. — Diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse chez l'enfant, en particulier des formes latentes. (Th. Bordeaux, 1913.)
- DUFOURT. — *Journal de Médecine de Lyon*, 5 avril 1920.
- DUHEM. — Signes radiologiques de l'adénopathie trachéo-bronchique. (*Revue médicale française*, janvier 1921, page 309.)
- DUHEM et CHAPERON. — Quelques modifications des ombres hilaires normales dans la tuberculose au début. (*La Médecine*, mai 1923, Tome IV, page 617.)
- DUMAREST. — Sur le diagnostic radiologique de la tuberculose pulmonaire. (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 octobre 1929.)
- D'ESPINE. — Le diagnostic précoce de la tuberculose des ganglions bronchiques chez l'enfant. (*Bulletin et Mémoires de l'Académie de Médecine de Paris*, 29 janvier 1907, page 167.)

- FAIRISE. — Etude sur les tuberculoses latentes et, particulièrement celles des ganglions trachéo-bronchiques chez les enfants. (Th. Nancy, 1911.)
- FORGERON. — L'adénopathie trachéo-bronchique simple chez l'enfant. (Th. Paris, 1922.)
- GARCIN. — Anatomie radiologique du poumon. Le squelette pulmonaire. (*Marseille Médical*, 15 août 1925.)
- Anatomie radiologique des poumons. (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, mars 1922.)
- GENDRON. — L'adénopathie médiastine : sa valeur clinique dans les tuberculoses aiguës et curables de l'enfant. (Th. Paris, 1911.)
- GILSON. — Examen radiologique du médiastin. (*Journal Médical français*, août 1924.)
- GUINON et LEVESQUE. — A propos des adénopathies trachéo-bronchiques chroniques non tuberculeuses. (*Archives de Médecine des Enfants*, Août 1925.)
- HUBER. — Maladies des enfants. Tome II, page 102.
- HUTINEL. — Les réactions broncho-pulmonaires dans les adénopathies médiastines. (*Gazette des Hôpitaux*, 2 février 1911.)
- Le pronostic des adénopathies tuberculeuses du médiastin chez l'enfant. (*Revue de la Tuberculose*, février 1914.)
- JACQUELIN. — L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse des adolescents et des adultes jeunes. (*Journal Médical français*, août 1924.)
- JACQUES. — Les adénopathies pulmonaires, étude anatomo-clinique et radioscopique. (Th. Lyon, 1905.)
- JAUGEAS. — Précis de radiodiagnostic, 1918.
- JOUSSET. — L'adénopathie médiastine est la première localisation de la tuberculose. (*Presse médicale*, 22 juin 1927.)
- JUMON. — Diagnostic et traitement de l'adénopathie trachéo-bronchique dans la seconde enfance. (*Bulletin général de Thérapeutique*, janvier 1920.)

- KRANTZ. — De l'étude de la température dans le diagnostic précoce de la tuberculose ganglio-pulmonaire de l'enfant. (Th. Paris, 1908.)
- LABORDERIE. — L'adénopathie trachéo-bronchique : étude radiologique. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique de Paris*, 1923, pages 668-670.)
- LEROUX. — L'adénopathie trachéo-bronchique dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire chronique chez les enfants, 1908.
- LESTOCQUOY. — Le diagnostic radiologique de l'adénopathie trachéo-bronchique. Cahiers de radiologie n° 5.
— Considérations sur le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. (*Monde médical*, 1^{er} octobre 1929.)
- LESTOCQUOY et LEHMANN. — L'étude du médiastin par la radiographie de profil. (*Presse médicale*, 2 mars 1929.)
- LETULLE. — La tuberculose pleuro-pulmonaire, 1916.
— Inspection, palpation, percussion, auscultation, 1923.
- LEURET et PIÉCHAUD. — Le hile pulmonaire. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 septembre 1928.)
- LÉVY et MARIE. — L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, 22 août 1925.
- MARFAN. — La tuberculose des ganglions bronchiques. (*Le Nourrisson*, Tome XII, fasc. 4, juillet 1924.)
— Clinique des maladies de la première enfance, 1926.
— Les enseignements de la cuti-réaction. (*Presse médicale*, 22 décembre 1923.)
- MASSELOT. — L'adénopathie trachéo-bronchique. (*Gazette des hôpitaux*, 23 août 1919.)
- MELVILLE. — Quelques particularités dans le radio-diagnostic des lésions tuberculeuses du hile. (*Arch. of. radiology and electrotherapy*, n° 256, novembre 1921, pages 178 à 185.)
- MÉRY. — Le diagnostic anatomo-clinique et le diagnostic évolutif de l'adénopathie trachéo-bronchique. (*Bulletin médical*, 26 et 29 octobre 1921.)

MÉRY. — Le diagnostic clinique précoce de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant. (*Presse médicale*, 4 décembre 1920.)

— Le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique. (*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 28 novembre 1919.)

MÉRY, SALIN, DETRE et GIRARD. — Les signes radiologiques des adénopathies hilaires. (*Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 16 mai 1919.)

MÉRY, DETRE et DESMOULINS. — Le diagnostic radiologique de la tuberculose ganglionnaire chez l'enfant. (*Presse médicale*, 1921, pages 221-224.)

MÉRY et GIRARD. — Les formes actives des adénopathies tuberculeuses du hile chez l'enfant, octobre 1920.

MÉRY, SALIN et GIRARD. — Les adénopathies tuberculeuses hilaires (intra-pulmonaires). (*Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 7 mars 1919.)

NOBECOURT. — Précis de médecine des enfants, 1926.

— Clinique médicale des enfants : la tuberculose, 1929.

NOBÉCOURT et PARAF. — Diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début, dans la moyenne et la grande enfance. (*Revue de la Tuberculose*, Tome I, n° 5, 1920.)

OSCHEROVITCH. — Sur la tuberculose latente des ganglions bronchiques chez l'enfant. (Th. Genève, 1907.)

PAILLARD. — Quelques travaux récents sur la radiologie de la trachée et des bronches. (*Journal médical français*, janvier 1924.)

PAILLET. — Etude de l'évolution des adénopathies hilaires tuberculeuses par la comparaison des examens cliniques et radiologiques. (Th. Paris, 1922.)

PARAF. — La première poussée évolutive de tuberculose pulmonaire. (*Annales de Médecine*, novembre 1923.)

- PEIGNAUX. — Sur une variété commune et importante de fièvre prolongée chez les enfants. (*Gazette médicale de France*, 15 mai 1930.)
- PIÉCHAUD et LAMOTHE. — Les réactions ganglionnaires dans la tuberculose chez l'enfant et chez l'adulte. (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 6 avril 1931.)
- POINSOT. — Signes et diagnostic des adénopathies trachéo-bronchiques. (*Revue Médicale de France et des Colonies*, décembre 1926.)
- POIRIER. — Anatomie humaine. Tome II : lymphatique du thorax, page 1241.
- POLICARD. — Précis d'histologie physiologique, 1922. Voies lymphatiques du poumon, page 671.
- PRADAL. — L'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant. Recherches cliniques et radiologiques. (Th. Montpellier, 1913.)
- RENAULT. — Le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique. (*L'Hôpital*, avril 1924.)
- RIBADEAU-DUMAS. — La tuberculose du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent, in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, tome XVIII.
- Sur le diagnostic des adénopathies trachéo-bronchiques. (*Paris médical*, 4 décembre 1920.)
- RIEUX. — La tuberculose pulmonaire latente.
- RIST et LEVESQUE. — Contribution à l'étude de l'adénopathie trachéo-bronchique de l'enfant. (*Revue de la Tuberculose*, février 1930.)
- ROUVIÈRE. — Anatomie humaine, 1927, tome I : les lymphatiques.
- SAVY. — Précis de pratique médicale, 1922, tome I, page 882.
- SEGARD. — Etude sur la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant. Le diagnostic des formes latentes et frustes. (Th. Paris, 1913.)

- SEGARD. — Pensons toujours aux ganglions bronchiques chez l'enfant. Comment on les reconnaît et comment on les traite. (*La Médecine pratique*, mars 1920, pages 81-92.)
- L'adénopathie trachéo-bronchique, mise au point et discussion de quelques communications récentes. (*Journ. de Méd. français*, Paris, 1924, p. 26-31.)
- SERGEANT. — Etudes cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire, 1922.
- SERGEANT et COTTENOT. — Note sur l'étude radiologique de l'arbre trachéo-bronchique au moyen des injections intra-trachéales de lipiodol. (*Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 11 mai 1923.)
- SERGEANT, DURAND, COTTENOT. — Les grosses adénopathies hilaires de la tuberculose de l'adulte. (*La tuberculose ganglio-pulmonaire du jeune adulte*, n° 5, 1924.)
- SLUKA. — Contribution à l'examen radiologique de la tuberculose du hile pulmonaire chez les enfants. (*Wiener klin. Wochens.*, n° 7, 1913.)
- SPEDEK et DUBOURG. — L'adénopathie trachéo-bronchique latente chez l'enfant. Comparaison du radiodiagnostic clinique. (*Archives d'électr. Méd. exp.*, Bordeaux, 1914, XXIV, p. 529-547.)
- STÉPHANI. — Cours d'interprétation de radiographies pulmonaires. (*Montana Médical*, 1931, n°s 2 et 3.)
- TESTUT. — Anatomie humaine. Edition revue par Latarjet 1930, tome III : les lymphatiques.
- THOYER-ROZAT. — Contribution à l'étude anatomo-radiologique de l'aorte, de l'artère pulmonaire et de la veine cave supérieure.
- TOINON. — Les idées nouvelles sur la séméiologie des adénopathies trachéo-bronchiques. (*Marseille Médical*, 5 février 1930.)

- TROTOT. — Les éléments du diagnostic de la tuberculose pulmonaire chronique. (*Concours médical*, 25 août 1929.)
- VAQUEZ et BORDET. — Radiologie des vaisseaux de la base du cœur, 1920.
- VARIOT. — Sur le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique chez les enfants par la radiographie. (*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 19 avril 1907.)
- VIBERT. — L'adénopathie trachéo-bronchique dans la tuberculose infantile. (Th. Paris, 1929.)
- VITRY. — La cuti-réaction à l'âge scolaire. (*Revue de phtisiologie médico-sociale*, 1926.)
- VAUSY. — Contribution à l'étude des réactions broncho-pulmonaires au cours de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. (Th. Paris, 1911.)
- WEIL. — Eléments de radiologie, 1914.
-

